

**Katedra:** Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

**Studijní program:** Speciální pedagogika

**Studijní obor:** Speciální pedagogika předškolního věku

VLIV HUDBY NA ZKVALITŇOVÁNÍ ŽIVOTA  
OSOB S PARKINSONOVOU CHOROBOU  
THE INFLUENCE OF MUSIC ON IMPROVING  
THE LIVES OF PEOPLE WITH PARKINSON'S  
DISEASE

**Bakalářská práce:** *II-FP-KSS- 2024*

**Autor:**

Marie PETRUSOVÁ

**Podpis:**

\_\_\_\_\_

**Vedoucí práce:** Mgr. Jitka Pejřimovská

**Konzultant:**

**Počet**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
78	6	0	12	28	1 CD

**V Liberci dne: 23. 04. 2012**

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická  
Akademický rok: 2010/2011

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie PETRUSOVÁ**  
Osobní číslo: **P09000120**  
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**  
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**  
Název tématu: **Vliv hudby na zkvalitňování života osob s Parkinsonovou chorobou.**  
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

### **Z á s a d y   p r o   v y p r a c o v á n í :**

Cíl bakalářské práce: Zjistit, zda má určitý druh hudby vliv na kvalitu života osob s Parkinsonovou chorobou.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor, pozorování.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

HALOVÁ, Miroslava. Nemocný v domácí péči I. 1. vyd. Javorník: Miroslava Halová, 2007. ISBN 978-80-239-7316-7.

PAVLÍKOVÁ, Lucie. Jak cvičit u Parkinsonovy nemoci. 1. vyd. Praha: Vltavín, 2005. ISBN 80-86587-11-8.

ROTH, Jan, SEKÝROVÁ, Marcela, RŮŽIČKA, Evžen a kol. Parkinsonova nemoc. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-178-3.

RŮŽIČKA, Evžen, ROTH, Jan. Parkinsonova nemoc: diagnostický a léčebný standard. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0.

SCHWARZ, Shelley Peterman. Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2321-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jitka Pejřimovská

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 1. dubna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2012



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

vedoucí katedry

dne 22 -04- 2011

## Čestné prohlášení

**Název práce:** Vliv hudby na zkvalitňování života osob s Parkinsonovou chorobou  
**Jméno a příjmení autora:** Marie Petrusová  
**Osobní číslo:** P09000120

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložila elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedla jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 23. 04. 2012

---

Marie Petrusová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Jitce Pejřimovské za její odborné vedení, užitečné a cenné rady, její vstřícný přístup a trpělivost. Nemalé poděkování patří také paní doc. PaedDr. PhDr. Iloně Pešatové, Ph.D. za zrealizování celého projektu a dále panu MUDr. Petru Duškovi za odbornou pomoc při pronikání do problematiky Parkinsonovy choroby.

Ráda bych také poděkovala všem klientům zúčastněným v projektu zacíleném na zlepšování kvality života jedinců stížených Parkinsonovou chorobou, kteří vytrvali a svědomitě se podíleli na aktivitách prováděných ve skupině i doma při individuálních hudebních činnostech. Zároveň bych ráda vyzdvihla spolupráci s klientkou Janou, která byla vždy vstřícná a ochotná ke spolupráci, jenž byla velmi podnětná, inspirující a poučná.

Poděkování patří také ostatním studentům, bez nichž by se tento projekt nemohl zrealizovat. Děkuji za společné konzultace, za vytrvalost a vzájemnou podporu.

Poděkování náleží také mé rodině, bez jejíž trpělivosti, obětavosti a pochopení v době mého studia, by realizace bakalářské práce nebyla možná.

V Liberci dne: 23. 04. 2012

.....

## **Anotace**

Předložená bakalářská práce se zabývá problematikou osob stížených Parkinsonovou chorobou a jejich možnostmi spojenými s hudebními aktivitami, které si kladou za cíl zkvalitnit život těchto osob, a tím zlepšit jejich možnosti při sebeobslužných činnostech.

Bakalářská práce je členěna na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části je předloženo a osvětleno základní pojmosloví související s tímto tématem. Současně je popsána problematika Parkinsonovy choroby, její příznaky, projevy a možnosti léčby. Tato choroba je dále popsána v kontextu vědního oboru speciální pedagogika a hudební reedukace.

V empirické části je nastíněna především problematika práce s jedinci stíženými Parkinsonovou chorobou v souvislosti s hudebními aktivitami. Tato spolupráce byla mapována po dobu 10 měsíců, kdy studenti ve spolupráci se supervizí, pracovali intenzivně a cíleně na společně stanoveném cíli, a to pomocí hudby zkvalitnit život těchto osob.

**Klíčová slova:** Parkinsonova choroba, osoba se zdravotním postižením, hudba, hudební aktivita, kvalita života, motorika, psychosociální podpora.

## **Abstract**

The submitted thesis deals with issues of individuals suffering from Parkinson's disease and their opportunities connected to musical activities, which have the aim to improve the lives of these people and thus improve their abilities to perform self-service activities.

The thesis is divided into a theoretical and an analytical part.

The theoretical part introduces and clarifies the basic terminology related to this theme. It also describes Parkinson's disease, its symptoms and the possibilities for its treatment. This disease is also defined in the context of special pedagogy and musical reeducation.

The analytical part mainly outlines the work with individuals suffering from Parkinson's disease in the field of musical activities. Students worked intensively and targetedly in the cooperation with supervision with the aim improve the lives of these individuals. This cooperation had been monitored for the period of ten months.

**Key words:** Parkinson's disease, individual with disabilities, music, musical activity, standard of living, motor skills, psychosocial support.

# Obsah

Úvod.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1.1 Hudba v kontextu života člověka.....	11
1.1.1 Léčivé schopnosti zvuku a hudby.....	12
1.1.2 Definice hudby.....	13
1.1.3 Muzikoterapie.....	15
1.1.4 Současné trendy v muzikoterapii.....	17
1.1.5 Metoda Geneapé.....	18
1.2 Speciální pedagogika.....	20
1.2.1 Speciálně pedagogické metody.....	21
1.2.2 Osoby s Parkinsonovou chorobou v kontextu speciální pedagogiky.....	22
1.2.3 Ucelená rehabilitace.....	23
1.3 Parkinsonova choroba.....	25
1.3.1 Původ nemoci.....	25
1.3.2 Mechanismy vzniku Parkinsonovy choroby.....	26
1.3.3 Etiologie Parkinsonovy choroby.....	26
1.3.4 Příznaky Parkinsonovy choroby.....	27
1.3.5 Léčba Parkinsonovy choroby.....	31
2 EMPIRICKÁ ČÁST.....	36
2.1 Cíl a předpoklady.....	36
2.2 Metody.....	37
2.3 Charakteristika průzkumného vzorku.....	39
2.4 Průběh průzkumu.....	40
2.4.1 Popis skupiny.....	40
2.4.2 Jednotlivci ve skupině.....	44
2.4.3 Popis klienta.....	57
2.5 Shrnutí výsledků.....	65
2.5.1 Vliv hudebních aktivit na skupinu.....	65
2.5.2 Vliv hudebních aktivit na kvalitu života sledovaného klienta.....	70
Závěr.....	73
Navrhovaná opatření.....	74
Seznam použitých zdrojů.....	76



## Úvod

Bakalářská práce vychází z předpokladu, že prostřednictvím hudby je možné zkvalitnit život osobám, které trpí Parkinsonovou chorobou.

Hudba, jakožto fenomén, byla počátečním impulzem ke zpracování projektu, který si dal za cíl, zkvalitnit život osob trpících Parkinsonovou chorobou a zmírnit tak jejich obtíže.

Pod supervizí odborníků z oblasti speciální pedagogiky, neurologie a muzikoterapie se začala utvářet spolupráce mezi lidmi trpícími Parkinsonovou chorobou a studenty.

Pro studenty se otevřela nová forma speciálně pedagogického působení. Postupně, díky instrukcím supervize, se seznamovali s metodami a technikami, které lze využít při hudební reedukaci. Klienti si museli na tyto metody zvykat. Mezi jejich převládající pocity patřily naděje a očekávání, ale objevily se také obavy a nedůvěra. Brzy byly překonány a začala se utvářet forma spolupráce, která pozitivně oslovila všechny zainteresované osoby. Rozvíjela se práce s lidmi, která byla pro obě strany nová, neznámá, ale zároveň inspirující a motivovaná očekávaným výsledkem. Studenti poznali, že již samotná cesta ke stanovenému cíli je velice podnětná a každý malý pokrok v jejím průběhu se stal pro všechny zúčastněné výzvou k novým činnostem.

Tato Bakalářská práce vychází z projektu „Vliv hudby na zkvalitňování života osob s Parkinsonovou chorobou“.

Účast na tomto projektu byla nabídnuta studentům speciální pedagogiky na Technické univerzitě v Liberci, která také zajistila jejich odborné vedení. Supervize probíhala pod vedením paní Mgr. Jitky Pejřimovské a pana MUDr. Petra Duška.

Bakalářská práce je členěna na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část je koncipována tak, aby se čtenář seznámil se základními termíny, které jsou v práci použity. Úvod teoretické části je zaměřen na pojmy z oblasti hudební reedukace, významu a vlivu hudby na člověka, na jeho psychickou i fyzickou stránku. Dále autorka vyzdvihuje důležité pojmy ze speciální pedagogiky, vědního oboru zabývajícím se péčí o osoby se zdravotním postižením. Tato vědní disciplína je tedy zároveň oborem, který se věnuje péči o osoby s Parkinsonovou chorobou, která je v závěru teoretické části popsána podrobněji, a to proto, aby se čtenář mohl lépe orientovat v pojmech souvisejících s etiologií, léčbou a projevy této nemoci.

Empirická část bakalářské práce je zaměřena na popis desetiměsíční práce studentů, kteří v pozici doprovodných pracovníků pracovali v rámci celé skupiny a současně se individuálně věnovali jednomu klientovi.

Všechny získané údaje byly průběžně vyhodnocovány a konzultovány se supervizí. Na základě zjištěných poznatků bylo možné poskytovat klientům takovou podporu, která byla žádoucí a kterou pořebovali, aby bylo možné naplnit stanovené cíle, tj. zkvalitnit život osobám s Parkinsonovou chorobou.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Hudba v kontextu života člověka

Hudební vývoj člověka začíná jeho narozením a je vždy jednoznačně individuální. Od počátku probíhá prostřednictvím zvukové komunikace mezi matkou a dítětem, a tím tvoří mezi nimi emocionální spojení. K nitroděložní adaptaci plodu na akustické podněty však dochází již v prenatálním období (Pipeková, et al. 2001, s. 28).

Hudbu a její pozitivní efekt v komplexní péči o osoby s postižením zdůrazňoval již jeden ze zakladatelů speciální pedagogiky, profesor MUDr. PhDr. Miloš Sovák, DrSc. ve své publikaci *Nárys speciální pedagogiky* (1986, s. 34).

*„Představa o tom, že samotná hudba může ovlivňovat chování lidí, je již velmi starého data. Zájem na využití hudby mohou mít učitelé, vychovatelé, lékaři, obchodníci či dokonce politici“* (Franěk 2009, s. 189).

Lidé často využívají hudbu pro svou „mentální hygienu“. Pro tyto účely je vhodné, aby využívali takovou hudbu, která je oslovuje, se kterou se vnitřně ztotožňují, souzní, a které „rozumí“ (Linka 1997, s. 16).

*„Použitá hudba musí odpovídat vlastní nervové soustavě. Každý člověk má svůj rytmus, při uvolňující hudbě se dech stává klidnější, srdeční tep pravidelnější. Uvolnění přichází jak ve fyzické, tak v psychické oblasti“* (Halpern, et al. 2005, s. 33).

Hudba má v lidském životě své nezastupitelné místo. Může člověka pozitivně i negativně ovlivňovat a za určitých situací měnit jeho chování. Existují také současné poznatky o možných pozitivních vlivech hudby a hudebních aktivit na emocionální, motorický i intelektový systém člověka (Franěk 2009, s. 13).

Marek (2000, s. 20) píše: *„...hudba má exaltující účinek, uvolňuje energii a uklidňuje, zlepšuje komunikaci a při jejím poslechu dochází ke značným tělesným změnám.“* Tyto změny jsou patrné například v prokrvení tkání, zrychleným krevním oběhem a pulzem, změněním svalovým napětím a mnohými dalšími projevy.

Linka (1997, s. 22) hovoří o hudbě jako o umění, kterému je třeba rozumět. Její prvořadá funkce je estetická, ale lze hovořit o dalších, neméně podstatných funkcích, které přestože

jsou zde nazývány druhotnými, mají značnou důležitost. Mezi nimi je třeba vyzdvihnout funkci léčebnou.

K této problematice Linka dále píše: „...*hudba má na člověka mocný citový vliv, působí náladotvorně, ovlivňuje lidskou psychiku.*“ Na tato tvrzení dále navazuje příkladem o vzájemné souvislosti mezi psychikou a somatikou a v podstatě se shoduje s výše citovaným Markem (2000, s. 20): „*Tělesný stav mívá vliv na duševno, kdy dobrá tělesná kondice se příznivě odráží v náladě člověka, zatímco hlad, žízeň nebo nemoc navozuje náladu špatnou. Obráceně zase duševno je schopno vyvolávat tělesné úkazy (zčervenání, zblednutí, změny krevního tlaku, dýchání)*“ (Linka 1997, s. 23).

### **1.1.1 Léčivé schopnosti zvuku a hudby**

Pro přiblížení principu, díky kterému lze tvrdit, že hudba má léčivé účinky, je zapotřebí proniknout do problematiky hlouběji a poukázat na konkrétní případy.

Campbell (2008, s. 67) popisuje jednotlivé účinky na mnohých případech. Pro základní ilustraci jsou následně popsány pouze některé z nich.

#### **Hudba ovlivňuje dýchání**

Stejně jako hudba, je i dýchání rytmické. V klidu se člověk nadýchne 25–30krát za minutu. Pomalejší, hlubší dýchání navozuje pocity klidu, ovládání emocí a lepší metabolismus. Rychlejší dýchání může vést k roztěkanému myšlení, impulzivitě. Proto je poslech hudby s pomalejšími a táhlými zvuky užíván v případech, kdy je třeba člověka zpomalit, upravit dýchání do přijatelné formy, následně uklidnit mysl.

#### **Hudba ovlivňuje srdeční frekvenci, tep a krevní tlak**

Mezi tempem, hlasitostí, frekvencí hudby a tepu lidského srdce existuje přímá úměra. Čím je hudba rychlejší, zrychluje se i srdeční tep a opačně. Campbell (2008, s. 69) k tomu říká: „...*hudba je přirozený kardiostimulátor.*“ Pro zajímavost dodává, že srdeční frekvence člověka může ovlivňovat jeho hudební záliby. Při pokusech s mnoha hudebními žánry na univerzitě v Jižní Karolině bylo doloženo, že systolický i diastolický krevní tlak lze během poslechu příslušné hudby snížit až o pět bodů rtuťového sloupce a srdeční frekvenci snížit o čtyři až pět tepů za minutu.

## **Hudba zmírňuje svalové napětí, zlepšuje pohyb a koordinaci těla**

Zvuky a vibrace v hudbě mohou ovlivňovat sílu, pružnost a tonus svalů. Při hudební produkci s nižší frekvencí (40 až 66 Hz) je pozorována rezonance ve spodních částech těla, při zvýšení frekvence se přesouvá do horních tělních partií. Tohoto efektu se užívá v léčebnách a rehabilitačních klinikách ke zrekonstruování pohybových vzorců u pacientů po úrazech či nemoci. Výběr hudby vždy záleží na individuálních prioritách jedince.

V 80. letech v Norsku se učitel Olav Skille pokusil využít hudbu jako terapii pro děti s těžkým fyzickým a mentálním postižením. Vytvořil pro ně „hudební lázeň“ v podobě zvláštního prostředí, ve kterém se mohli „vnořit“ do zvuků různých žánrů (od klasických, náladových až po populární). Výsledkem bylo zmírnění svalové tenze, uvolnění a zvýšení rozsahu pohybů sledovaných jedinců (Campbell 2008, s. 71).

## **Hudba umí regulovat stresové hormony**

Uvolňující a náladová hudba dle anesteziologů výrazně snižuje stresové hormony v krvi. Mezi dalšími Campbellovými příklady o léčivých schopnostech hudby se objevují vlivy na:

- imunitní systém,
- posilování paměti a schopnosti učit se,
- zvyšování výkonnosti,
- podporování trávení,
- navozování pocitu bezpečí a pohody (Campbell 2008, s. 79).

### **1.1.2 Definice hudby**

Kantor et al. (2009, s. 104) o hudbě říká: „...*hudba je lidská instituce, ve které jednotlivci vytvářejí význam a krásu ze zvuků za použití umění kompozice, improvizace, provedení poslechu. Význam a krása hudby jsou odvozeny z vnitřních vztahů vytvořených mezi samotnými zvuky, vnitřními vztahy mezi zvuky a jinými formami lidské zkušenosti.*“

Linka (1997, s. 22) k principu tvorby hudby uvádí: „...*materiálem hudby jsou především tóny, ale vlastně i jiné (obecné) hudebně používané zvuky.*“ Souhra tónů, seskupení či jejich organizace tvoří podobu hudby a její vyjadřovací schopnost.

## Složky hudby

Mezi složky (stránky) hudby se řadí melodie, harmonie, rytmus, zvuková barva, dynamika, agogika (tempo) a metrum (druh taktu).

Tyto složky charakterizuje a blíže popisuje Kantor et al. (2009, s. 139).

- **Melodie** je tvořena tóny, jedná se o složku hudby, která se úzce pojí s emocemi. Jejím vlivem se člověku nabízí široká platforma umožňující mu projevit své emoce. Nejrozšířenější a člověku nejbližší formou je píseň.
- **Harmonie** je nejsložitější hudební element. Nejčastěji se tvoří souzněním několika tónů, výsledkem je soulad, souzvuk, souznění.
- **Rytmus** je považován za základní výrazový prostředek hudební produkce. Rytmus lze objevit v mnohých tělesných cyklech člověka, ale také v přírodě (střídání ročních období, částí dne apod.). Rytmus je hojně využíván při různých terapiích při práci s osobami stíženými například centrálními obrnami, ADHD či mentálním postižením.

V rehabilitačním lékařství, při nápravných cvičeních lze uplatnit mimo jiné „hudební motoriku“, která v sobě zahrnuje kromě rytmu, ještě metrum, tempo a agogiku, píše Linka (1997, s. 24). Hudbu a její motoriku lze využít k rychlejšímu pohybu, zpříjemnění pohybu a k celkové vzpruze jedince. Motorická stránka hudby je rozvíjena bezděčným taktováním, rytmickým poklepáváním, pleskáním, podupáváním, luskáním prsty apod.

Čapková (2010, s. 8) k fenoménu „rytmus“ říká: „...rytmická hudba reorganizuje mozek, automaticky sladí mozek a svaly.“

- Rytmus usnadňuje cvičení i denní aktivity, tím zachová hybnost kloubů, páteře, dobrou svalovou kondici.
- Rytmus pomáhá udržet pohybovou paměť, která je ohrožena věkem, nemocí i vysedáváním.
- Díky rytmu se zajistí „postrk“, potřebný k zahájení i dokončení pohybu.
- Využíváním rytmu lze prodloužit léta pohyblivosti.
- Rytmus ovlivňuje psychiku, snižuje nervozitu, bolest a pomáhá v samotě.

Ovšem jen určitá hudba má tyto schopnosti. Předpokladem je ryze individuální výběr žánru, rytmu i výrazu hudby.

### 1.1.3 Muzikoterapie

#### Terminologická vymezení

Pojem „muzikoterapie“ je obtížné jednoznačně vymezit, říká Pipeková et al. (2001, s. 34). Důvody lze spatřovat v nejednotnosti v názorech na to, „*co je vlastně muzikoterapie?*“

Zeleeiová (2007, s. 28) uvádí, že existuje mnoho definic muzikoterapie a každý autor, který tento pojem definuje, se více či méně v některých částech odlišuje. Definice dle společnosti AMTA definuje muzikoterapii jako formu využití hudby k léčebným cílům, znovuoobnovení udržení a zlepšení mentálního i fyzického zdraví. Jedná se o systematickou aplikaci hudby řízenou terapeutem v odpovídajícím prostředí tak, aby bylo dosaženo cílené změny v chování. Vychází z toho, že hudba pomáhá jedinci v rozvoji jeho celkového potenciálu a přispívá k jeho větší přizpůsobivosti ze sociálního hlediska. Muzikoterapii definuje též jako plánovité a kontrolované použití hudby k terapeutickým účelům s dětmi, mládeží a dospělými se zvláštními potřebami na základě omezení sociálních, emocionálních, fyzických nebo duševních. Stěžejními jsou čtyři funkční oblasti. Těmi jsou: oblast sociální, psychologická, fyzická a intelektuální.

Muzikoterapie se vyvinula z mnoha nezávislých oborů (medicíny, psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky) v období konce druhé světové války, upřesňuje Pipeková et al. (2001, s. 34).

Do dnešní podoby se muzikoterapie začala rozvíjet po druhé světové válce. Mezi průkopníky patří dvě postavy, jednou z nich je Christoph Schwabe, který reprezentuje lipskou školu. Tou druhou je žena, Julietta Alvin. V současnosti je muzikoterapie jako vědecká disciplína aplikovaná ve více než čtyřiceti zemích světa. Její vývoj se však ve všech oblastech liší. Studijní obor muzikoterapie byl historicky prvně otevřen v roce 1944, a to ve Spojených státech amerických. Evropská muzikoterapie se počátku dočkala až v roce 1959, a to ve Vídni (Zeleeiová 2007, s. 27).

Renotierová, Ludíková (2003, s. 64) popisují muzikoterapii jako expresivně terapeutickou metodu, která využívá melodii, rytmus, zvukovou barvu, dynamiku, tempo a takt. Využitá hudba při této terapii působí bezprostředně na člověka, na jeho psychiku a její dynamiku.

Moreno (2005, s. 17) k problematice muzikoterapie popisuje tendence, které se snažily zařadit muzikoterapii pod jiné terapeutické soustavy. Při kombinaci hudby s jinými terapeutickými modely nabývala hudba nové rozměry a tvůrčí možnosti. Toto vyvolalo

znepokojení mezi stávajícími muzikoterapeuty a současně obavy o jedinečnost aspektů a identity muzikoterapie. Při využívání muzikoterapeutických metod je možné uceleně pracovat s hudební improvizací a představivostí. Muzikoterapie podporuje rozvoj spontánnosti a nepotlačovaného vyjádření pocitů (Moreno 2005, s. 17).

Povzbudivým faktorem se může jevit fakt, že muzikoterapie je v současnosti přijímána stále vstřícněji. Využívána bývá v nemocnicích, rehabilitačních odděleních, školách či v pečovatelských zařízeních (Campbell 2008, s. 120).

## **Druhy muzikoterapie**

Z hlediska účasti pacienta na terapeuticky motivovaném cvičení lze rozlišovat muzikoterapii aktivní a pasivní, čili receptivní, poslechovou (Linka 1997, s. 60).

**Aktivní muzikoterapie** je uskutečňována vokální nebo instrumentální činností jedince, jenž nemusí mít v hudební oblasti žádné dovednosti ani vědomosti. Důraz je kladen na terapeutický efekt aktivity, než na estetičnost. Výhodou je samozřejmě, pokud má jedinec hudební nadání nebo ovládá hru na nějaký hudební nástroj. Běžně se při aktivní muzikoterapii využívá zpěvu ve spojení s doprovodem na jednoduché hudební nástroje (bubínky, ozvučná dřívka, prstové činelky, tamburíny, triangel apod.). Aplikace hudebně výchovných metod vychází z instrumentáře německého skladatele Carla Orffa. Jeho metoda „Schulwerk“, je hojně využívána a oblíbena pro svou důmyslnost a snadnou aplikaci. Orffova instrumentalita se využívá také k muzikoterapeutické nonverbální komunikaci.

Mezi další přirozené aktivity se řadí hry na tělo, hudební improvizace, pohybové aktivity klientů, které jsou prováděny v různých pozicích (vstoje, vsedě, vkleče i vleže). Lze pracovat také v improvizací souhře, kdy jeden vytleskává metronomicky pravidelný nebo mírně komplikovaný rytmus a druhý se pokouší jiným nástrojem či hlasem tvořit melodii. Možností při aktivní muzikoterapii je mnoho, vždy je třeba mít na zřeteli, jaký efekt od nich očekáme, zda uklidnění či vznícení (Linka 1997, s. 67).

Pipeková et al. (2001, s. 36) k tomuto dodává, že v aktivní muzikoterapii je využívána hudba bez jakéhokoliv omezení, prosazuje se volná hudební improvizace hlasová či s nástroji. Nástroje jsou využívány jednak tradiční, ale větší efekt přináší využití nástrojů, které si klienti vyrobí sami. Pro účely aktivní muzikoterapie se dají využít například i předměty denní potřeby (pokličky, židle, klíče, apod.).



Muzikoterapie se provádí s jednotlivci nebo ve skupině, říká dále Pipeková et al. (2001, s. 37) a dodává: „...skupina dává každému jedinci možnost, něco od druhého získat. Někdy se ale nejprve musí s terapií začínat o samotě.“ Takovýto přístup vyžadují především jedinci s těžkým psychotickým onemocněním či s autistickými poruchami.

Linka (1997, s. 75) píše, že při aktivní muzikoterapii je akcent dán na hudební stránku, kdy klienti zpívají, hrají nebo dělají obojí současně za účasti členů terapeutického týmu, externích spolupracovníků z řad pedagogů a profesionálů z různých oborů. Takto vedená skupina může dosahovat vysoké úrovně a třeba se i veřejně prezentovat.

**Receptivní muzikoterapie** hovoří také o muzikoterapii poslechové, pasivní, která se uskutečňuje poslechem hudby. Tato hudební produkce může být v různých formách. Jedná se o hudbu živě hranou, reprodukovanou z hudebních nosičů, případně z hromadných sdělovacích prostředků. Za zmínku stojí poslech ptačího zpěvu, ke kterému měli hudebníci vždy vřelý vztah a nazývali jej mocným a náladotvorným prostředkem.

Existují dvě základní **formy muzikoterapie**, individuální a skupinová, udává Zeleiová (2007, s. 40). Některé zdroje hovoří i o formě hromadné, ta se týká shromáždění, kterého se účastní více než třicet účastníků a při takovém počtu se nedá hovořit o skupinové dynamice.

**Individuální forma** předpokládá samostatnou práci terapeuta a klienta. Odpovídá individuální dynamice klienta. Klient přináší na společné schůzky témata a muzikoterapeut určí směr, kterým by se muzikoterapie měl ubírat.

**Skupinová forma** od muzikoterapeuta vyžaduje výbornou znalost dynamiky skupiny. Doporučuje se při maximálním počtu dvanácti zúčastněných členů. Pomocí hry se mohou stanovit normy cíle skupiny.

#### **1.1.4 Současné trendy v muzikoterapii**

Jak uvádí Pipeková et al. (2001, s. 45), muzikoterapie je v současnosti hojně využívána. Její markantní vzestup je pozorován v západoevropských zemích, a také u nás. Muzikoterapie se začíná propojovat s obory lékařskými, psychologickými, sociálně a speciálně pedagogickými. Muzikoterapeutické praktiky mají široké pole působnosti a zasahují do různých oblastí lidského života. Hudbu lze využít jako stimulátoru aktivity, k uklidnění, k odstranění či zmírnění agrese, k odstranění napětí. Je možné ji využít při uvolňovacích cvičeních, hypnóze.

Hudba se využívá při také při práci s jedinci s poruchami komunikačních schopností, zejména koktavostí. Hudbu lze úspěšně využívat v případech terapie dětí s dyslexií, dysgrafií či opožděným vývojem. Volba určité formy muzikoterapie je závislá na druhu postižení jedince, na jeho preferencích a invenci muzikoterapeuta (Pipeková, et al. 2001, s. 45).

#### **Cíle současné muzikoterapie:**

- vytvoření interpersonálních vztahů,
- dosažení uvědomění si sebe sama prostřednictvím seberealizace,
- začlenění do struktury skupiny, do procesu hudebního dění prostřednictvím potenciálu hudby.

Mezi tyto obecné cíle je nutno ještě vřadit specifické výrazové prostředky, které pomáhají objektivně zlepšovat stav klientů. Cílem současné muzikoterapie je utvářet takový systém postupů, který bude diferencovaný a jehož jednotlivé prvky budou působit jak výchovně, tak léčebně a budou zasahovat všechny věkové kategorie, různé druhy i stupně jednotlivých postižení (Pipeková, et al. 2001, s.47).

#### **1.1.5 Metoda Geneapé**

O této metodě sama autorka muzikoterapeutka Mgr. Jitka Pejřimovská (2011, s. 44) říká: „...*Geneapé představuje systémové chápání muzikoterapie jako svébytné terapeutické intervence, s diagnosticko-terapeutickým specifickým využitím hudební informace, která se podílí společně s terapeutickým vhladem, rozhovorem, dramatizací a jinými uměleckými prostředky na terapeutickém výsledku.*“

Dále autorka metody Geneapé prezentuje zvuk a hudbu jako média, která zpřístupňují a reprezentují uvědomění si hlubinných vrstev žitých obsahů, které posouvají člověka, a jím vnímaný vlastní „sebeobraz“, k vyšší celistvosti a konzistentnosti.

Přístupy metody Geneapé jsou primárně cíleny na somatiku, psychické procesy a stavy. V **somatické rovině** působí zvuky a vibrace přímo na tělo. Improvizující jedinec hrou na nástroje, zpěvem či tancem může rozvibrovat své tělo, a touto aktivitou následně ovlivňovat obnovu některých fyziologických funkcí, posilovat vlastní tělesný systém.

Zaměřenost na psychiku člověka se realizuje ve formě edukační a klinické muzikoterapie s vývojovým a psychoterapeutickým přístupem.

**Edukační a klinická muzikoterapie** jsou jedněmi ze základních větví metody Geneapé.

Edukační muzikoterapeut působí skrze zdravé složky osobnosti. Prolíná se komplexně s problematikou klienta, realisticky podporuje zdravou oblast.

Klinický muzikoterapeut pracuje s intrapsychickou dynamikou i v rámci psychické poruchy. Má výsadní kompetence tam, kde nastupuje riziko psychických poruch. Pracuje cíleně a odkrývá vrstvy těžkostí, které jsou způsobovány určitými druhy psychóz či jinými onemocněními.

Terapeutický význam metody Geneapé vystihují slova její autorky: „...*terapeutická změna je vnímána jako posun k optimálnímu uskutečnění ontologické potenciality člověka a člověk se stává tím, kým má být*“ (Pejřimovská, et al. 2011, s. 45).

## **1.2 Speciální pedagogika**

*„Speciální pedagogika je vědní disciplína, která se zabývá výchovou, vzděláváním, zákonitostmi rozvoje a přípravou na pracovní a společenské začlenění jedinců s postižením“* (Pešatová, Tomická 2007, s. 17).

Speciální pedagogiku lze chápat jako pedagogickou vědu, která se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami, tj. jedinců se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním. Problematika výchovy a vzdělávání těchto osob se týká nejen období povinného vzdělávání, ale zahrnuje také celou škálu speciálních podpor napomáhajících při pracovním a společenském uplatnění v průběhu celého života (Pešatová, Tomická 2007, s. 17).

Východiskem pro současný rámec oboru speciální pedagogiky je speciálně pedagogické pojetí profesora Miloše Sováka, který jako první u nás, v roce 1972, pojem *speciální pedagogika* zavedl (Renotírová, Ludíková 2003, s. 11).

Speciální pedagogika je obor, jehož poslání je historicky i společensky ověřené, jeho předmětem jsou jedinci postižení defektem a jeho společenskými důsledky (Sovák 1986, s. 8). Profesor Sovák dále uvádí, že rozvoj a uplatnění těchto jedinců ve společnosti i v práci se váže na zcela jiné podmínky, než u jedinců zdravých. Je třeba zdůraznit stupeň a kvalitu subjektivního prožívání, sebehodnocení či seberealizace.

### **Předmět speciální pedagogiky**

Předmětem speciální pedagogiky jsou osoby s různými druhy postižení, jejich výchova a vzdělávání. Dále je to podpora při přípravě na pracovním a společenském začlenění a na jeho realizaci. Současně je také předmětem speciální pedagogiky zkoumání podstaty a zákonitostí výchovy a edukace těchto osob (Michalová 2006, s. 6).

### **Cíle speciální pedagogiky**

Cílem speciální pedagogiky je vychovávat a vzdělávat jedince se speciálními potřebami tak, aby se přes všechna svá individuální omezení dokázali včlenit do pracovního procesu a do společnosti.

Cíle vycházejí z principů humanismu, tj. z uznání hodnoty a svébytnosti každého člověka.

Speciální pedagogika sleduje tři základní cíle:

- humanitární – právo na zajištění co nejúplnějšího rozvoje a respektování osob s postižením,
- výchovný – právo na zajištění takového vzdělání, které umožní optimální rozvoj osob s postižením,
- ekonomický – právo na odpovídající pracovní zařazení, které umožní osobám s postižením uplatnit v co nejvyšší míře jejich schopnosti a dovednosti.

Při dosahování těchto cílů je nutné uplatňovat individuální přístup a nároky přizpůsobovat možnostem a schopnostem každého jedince (Renotiérová, Ludíková 2003, s. 13).

### 1.2.1 Speciálně pedagogické metody

Speciálně pedagogické metody se zaměřují zejména na překonávání, zmírnění i prevenci defektivitu, tj. narušených vztahů jedince se speciálními potřebami k výchově, vzdělávání a práci.

Jedná se o metody:

- reedukace,
- kompenzace,
- rehabilitace

**Metoda reedukace** (z lat. re – opět, znovu, educatio – výchova) je zaměřená na rozvoj a celkové zlepšení těch funkcí, které se v důsledku postižení nerozvinuly nebo zcela vymizely. Dále se zaměřuje na nežádoucích odstraňování důsledků výchovy. V reedukačních přístupech mají být využity i nejmenší zbytky a předpoklady pro zlepšení stavu postižených funkcí.

**Metoda kompenzace** (z lat. compensatio – vyrovnání, vyvážení, náhrada) je speciálně pedagogický přístup, díky němuž se zdokonaluje a zlepšuje výkonnost jiných funkcí, než těch, jež jsou postiženy. Zaměřuje se na náhradu chybějící funkce jedné oblasti za kvalitu v oblasti druhé.

**Metoda rehabilitace** (z lat. re – znovu, opět, habilitas – schopnost, způsobilost) znamená návrat do původního stavu, opětovné dosažení způsobilosti (Renotiérová, Ludíková 2003, s. 24).

K metodě rehabilitace uvádí profesor Sovák (1986, s. 33), že se jedná o mnohotvárnou činnost, která se nezaměřuje pouze na biologické faktory člověka s postižením, ale spíše na jeho porušené, nevytvořené či omezené sociální vztahy. Rehabilitaci charakterizuje takto: „...rehabilitace, uschopnění (*habilis* = *schopný*) je souhrn speciálně pedagogických postupů, jimiž se upravují společenské vztahy i možnosti pracovního uplatnění a subjektivního uspokojení postiženého jedince.“

Pešatová, Tomická (2007, s. 23) k metodě rehabilitace dále uvádějí, že v užším slova smyslu je tato metoda chápána jako postup, který upravuje orgánový defekt a obnovuje narušené funkce. Toho lze dosáhnout nápravným cvičením, zaměřeným na aktivizaci tělesných a psychických schopností osob s postižením.

Renotierová, Ludíková (2003, s. 25) popisují rehabilitační metody v pojetí speciální pedagogiky jako metody speciálně uzpůsobené, modifikované, výchovné a vzdělávací. Jejich cílem je odstranit nebo zmírnit následky defektu, a tím dosáhnout socializace osob s postižením.

Tuto problematiku dále rozvádí profesor Miloš Sovák (1986, s. 33), který do rehabilitační činnosti zahrnuje mimo jiné také psychologickou přípravu, výchovu k práci, tělesná cvičení, relaxaci, rekreaci, výchovu a vzdělávání v odpovídající míře. Tyto dílčí rehabilitační činnosti se prolínají s různými terapiemi, mezi nimiž má své podstatné místo také muzikoterapie, jejíž výhody jsou prokazovány zejména v komplexní péči o osoby s postižením.

Lze ještě připojit zdůraznění zásady individuálního přístupu a respektování možností každého jedince, při uplatňování speciálně pedagogických metod. Dále profesor Sovák doporučuje vycházet z pozitivních prvků osobnosti a využívat ty schopnosti a dovednosti, které zůstaly zachovány.

Pešatová, Tomická (2007, s. 24) speciálně pedagogické rehabilitační metody zahrnují do výchovně vzdělávací složky jako součást **komprehenzivní** (ucelené) rehabilitace. Jedná se o koordinované úsilí s cílem začlenit zdravotně postižené osoby do života.

### **1.2.2 Osoby s Parkinsonovou chorobou v kontextu speciální pedagogiky**

Na základě kompetencí speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláváním dětí a dospělých jedinců s jakýmkoliv typem tělesného, mentálního, smyslového, komunikačního či jiného zdravotního postižení či znevýhodnění, jsou vtaženy do této péče

také osoby s vrozeným či získaným tělesným postižením (Novosad 2002, s. 7). V souladu s aktuálními trendy jsou do této péče včleněni také senioři a jejich vzdělávání v oblasti zájmové a činnostní aktivizace.

Novosad (2002, s. 25) dále uvádí v přehledu nejfrekventovanějších forem somatického postižení členění na onemocnění chronická a tělesná.

**Chronická onemocnění** se vyznačují dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Poškození nebo oslabení organismu vyžaduje určitou životosprávu. Životní styl, takových jedinců je limitován omezenými možnostmi a snížené odolnosti vůči zátěži.

**Tělesná postižení** se vyznačují omezenou hybností až znemožněním pohybu, poškozením motorických kooperací, centrální či periferní poruchou inervace, amputací nebo deformací části motorického systému. Snížena může být funkční výkonnost, ztráta schopnosti v oblasti lokomoce. Primárním rysem této formy zdravotního postižení bývá částečná či úplná imobilita.

Výše uvedenými symptomy se mimo jiné projevuje také Parkinsonova choroba. Její příznaky popisuje Novosad (2002, s. 25), jako redukovanou pohybovou aktivitu, spojenou s třesem, svalovou ztuhlostí, chudou mimikou a potížemi s řečí, chůzí a stabilitou. Péči o osoby s touto chorobou lze tedy vřadit do podoboru speciální pedagogiky, somatopedie.

MUDr. Roth et al. (1999, s. 10) v publikaci pojednávající o Parkinsonově chorobě shodně uvádí, že se jedná o onemocnění chronické, tudíž péče o osoby s Parkinsonovou chorobou náleží do konceptu vědního oboru speciální pedagogiky.

### 1.2.3 Ucelená rehabilitace

Pro získání nebo znovuzískání funkční schopnosti a soběstačnosti osob se zdravotním postižením v jakékoliv oblasti života, se využívá ucelené rehabilitace. Jde zejména o koordinaci a využití léčebných, sociálních, psychologických, výchovně vzdělávacích i technických prostředků a postupů.

O ucelené rehabilitaci lze hovořit pokud jsou prováděna:

- podpůrná preventivní opatření,
- opatření k znovuzískání ztracených funkcí a návratu do běžného života (ergoterapie,

balneoterapie, speciálně pedagogická podpora, psychoterapie a další),

- vytváření či náhrada nerozvinutých funkcí nebo schopností u jedinců s vrozeným či časně získaným postižením „Habilitace“. O Habilitaci se hovoří v případech, kdy funkce či schopnosti nebyly z nejrůznějšího důvodu přirozeně vyvinuty, tudíž se teprve „prvotvářejí“, nabývají,
- ochranná či podpůrná opatření zaměřena na zmírnění obtíží spojených s postižením (Novosad 2002, s. 36).

Součástí ucelené rehabilitační je mimo jiné také podpora osob s tělesným postižením. Tato komplexní péče zahrnuje adaptaci těchto lidí na specifika života s postižením, znovunalezení životního programu, identifikace s těmito okolnostmi a v neposlední řadě podpora samotného klienta při jeho hledání reálných životních cílů, seberealizaci i posilování přirozených ambicí.

Ze speciálně pedagogického hlediska lze péči o tělesně postižené jedince spatřovat v:

- poznávání klienta, jeho potenciálu, povahy, nadání a schopností,
- vymezení možností a cílů reedukace a kompenzace na jejichž základě se vytváří plán individuální podpory,
- všestranné stimulaci, rozvoje a využívání zachovaných schopností,
- vypracování vzdělávacího plánu,
- výcviku k soběstačnosti, sebeprosazení,
- působení na osobní hodnotový systém a životní perspektivu.

Tato výše uvedená opatření se propojují v jednotlivých fázích na základě kooperace mezi odborníky z řad lékařů, rehabilitačních pracovníků, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků a dalších. Nezastupitelné místo při speciálně pedagogickém působení má interaktivní spolupráce těchto odborníků, klientem a jeho rodinou (Novosad 2002, s. 31).



## 1.3 Parkinsonova choroba

### Vymezení pojmu

*„Parkinsonova choroba je chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění, které nelze vyléčit. Lze ji však léčit, tj. potlačit či omezit příznaky, a to dlouhodobě“* (Roth, et al. 1999, s. 10). MUDr. Roth dále dodává k problematice tohoto onemocnění tvrzení, že je možné nemoc zpomalit, a toto zpomalení je častokrát udržitelné po dobu několika let s minimalizací potíží. Její průběh je však nepředvídatelný. Vždy záleží na míře obtíží, poskytnuté léčbě a duševním stavu člověka.

Výskyt Parkinsonovy choroby v populaci je poměrně častý. Literatura uvádí, že například v České republice je přibližně 10 000 nemocných s touto chorobou, prevalence 1 případ na 1000 obyvatel. Ve věkové skupině nad 65 let postihuje tato choroba až 1 člověka ze 100 obyvatel (Růžička, et al. 1998, s. 5).

MUDr. Jan Roth et al. (1999, s. 16) doplňuje informace o rozšíření nemoci tvrzením, že výskyt je pozorován na celém světě a v posledních padesáti letech se počet nemocných nezvyšuje, je stabilní. V poměru výskytu nemoci mezi muži a ženami, je patrna lehká převaha mužů. Není prokázána dědičná dispozice nemoci, rizikem je však výskyt onemocnění v mladém věku, tj. do 40 let.

### 1.3.1 Původ nemoci

Parkinsonova choroba byla poprvé popsána britským lékařem Jamesem Parkinsonem na počátku 19. století. Růžička et al. (2000, s. 41) říká, že příznaky, tak je je definoval Parkinson, byly brzy uznány lékařskými kapacitami na celém světě. Příznaky popsané Jamesem Parkinsonem (třes, hybné zpomalení a poruchy chůze a stoje), doplnili Charcot a Gowers o příznaky rigidity a onemocnění pojmenovali po jeho objeviteli. V návaznosti na jeho dílo se pokoušelo mnoho lékařů a vědců odhalit příčiny vzniku tohoto onemocnění.

Významný objev učinil Carlsson, který v roce 1958 identifikoval velké množství dopaminu v bazálních gangliích a na základě tohoto objevu se o dva roky později prokázalo, že: *„...Parkinsonova choroba je způsobena nedostatkem dopaminu v substantia nigra“* (Růžička, et al. 2000, s. 42). S tímto objevem dále významně souvisí léčebné použití L-DOPA (prekurzor dopaminu), jenž se využívá od roku 1967 ve spojení s inhibitory enzymu dekarboxylázy, a tím pomáhá odstranit většinu nežádoucích vedlejších účinků léčby.

Halová (2007, s. 18) k tomuto dodává, že potřebný Dopamin přirozeně vzniká v lidském mozku a má rozhodující vliv na zpracovávání informací, koordinaci pohybu a vůli člověka. Jeho nedostatkem odumírají mozkové buňky a po zničení cca 50% funkčních mozkových buněk se začíná nemoc výrazně projevovat.

### **1.3.2 Mechanismy vzniku Parkinsonovy choroby**

Díky spolupráci mozku, míchy, svalů, kloubů aj., je člověku umožněno ovládat pohyby svého těla. Vedení pohybu, jak uvádí Roth et al. (1999, s. 18), je pak záležitostí souhry mezi mnoha oblastmi mozku, kde pro tyto funkce mají vůdčí postavení bazální ganglia, neboli soubor shluků buněk v hloubi mozkových hemisfér.

Jednotlivé buňky mezi sebou komunikují a vzájemně se dotýkají. Tomuto spojení se říká synapse a mezi buňkami tím dochází k přenosu informací. Při synapsi se uvolňují látky, transmitery a zachytávají se v prostoru druhé buňky, který se nazývá receptor. Spojením transmiteru s receptorem je umožněn přenos informace z jedné nervové buňky na druhou. Tento přenos může mít charakter vzruchu či útlumu, a to v závislosti na vlastnostech transmiteru. Podkladem Parkinsonovy choroby je snížení tvorby jednoho transmiteru, konkrétně dopaminu. Dopamin se tvoří v černém jádru mozku, zvaném substantia nigra. Nervové buňky ho odtud transportují do jiné oblasti bazálních ganglií, striata, z nichž je uvolňován dále do synapsí.

*Pokud je na synapsích nedostatek dopaminu, striatum nemůže dobře pracovat a dochází k poruše regulace hybnosti, k projevům Parkinsonovy nemoci (Roth, et al. 1999, s. 19).*

### **1.3.3 Etiologie Parkinsonovy choroby**

Příčina snížené tvorby dopaminu buňkami substantia nigra a poklesu jejich počtu není dosud objasněna. Na projevení nemoci musí být zničeno 50% těchto buněk a dopamin ve striatu musí poklesnout minimálně o 80%. V momentě, kdy zbylé buňky nejsou schopny vyrobit více než 20% dopaminu, se u člověka projeví Parkinsonova choroba (Roth, et al. 1999, s.20).

Přestože jsou známy mnohé informace o mechanismech, které nemoc způsobují, stále není vyjasněno, který moment zapříčiní „start“ nemoci. V průběhu uplynulých let se v této oblasti vedl intenzivní výzkum, nicméně níže uvedené etiologie lze stále považovat pouze za hypotézy.

Roth et al. (1999, s. 22) upozorňuje, že se v žádném případě nejedná o plná vysvětlení etiologie nemoci.

- Exotoxický model představuje hypotézu, že jedovaté látky, které ničí buňky tvořící dopamin, se do těla dostávají z vnějšího prostředí.
- Endotoxický model je postaven na představě, že se v mozku tvoří tyto, pro buňky jedovaté látky.
- Genetický model předpokládá dědičnou informaci přenášenou po generacích.

Na závěr kapitoly o příčinách Parkinsonovy choroby konstatuje MUDr Roth et al. (1999, s. 24), že učinit v současnost jednotný souhrn etiologie není možné, lze pouze sledovat nové výsledky výzkumných týmů.

### 1.3.4 Příznaky Parkinsonovy choroby

V počátku onemocnění se projevují různé obtíže, které nejsou obvykle s Parkinsonovou chorobou spojovány. Často se popisují bolesti ramen či zad, také změněné pocity ve vlastním prožívání. Pacient se cítí unaven, pociťuje ztrátu výkonnosti, poruchy spánku, zácpu, deprese, tichý až monotónní hlas, postupně zhoršující se písmo, „těžké“ končetiny, aj. Teprve po uplynutí určité doby, může se jednat o měsíce i roky, se objevují typické příznaky nemoci. Jedná se o příznaky motorické i non-motorické povahy (Roth, et al. 1999, s. 25).

#### Motorické příznaky

Růžička et al. (1998, s. 7) charakterizuje motorické příznaky Parkinsonovy choroby jako „kardinální“. Radí mezi ně především bradykinézu, třes, rigiditu a posturální poruchy.

**Bradykinéza** nejvýrazněji pacienta omezuje. Působí mu potíže při běžných činnostech a zejména při chůzi, která je jejím vlivem zpomalena stejně jako ostatní pohyby končetin. Pohyby jsou typické svou chudostí a v počátku onemocnění vyjadřovány jednostranně nebo asymetricky. Spolu s rigiditou se objevuje akinéza, pro niž je typický obtížný start chůze, a hypokinéza, vyznačující se zmenšeným rozsahem a amplitudou pohybu.

Roth et al. (1999, s. 28) doplňuje bradykinetické projevy výčtem dalších příznaků, mezi které řadí nevýraznou a chudou mimiku obličeje, řídké mrkání, monotónní řeč, zmenšování písma. Jako velmi nepříznivý faktor udává freezing, který pacientům způsobí náhlé přerušování pohybu a neschopností jeho dokončení. Dalším, velmi život ztěžujícím faktorem, je omezování běžných denních aktivit, kdy nejen počátek pohybu při aktivitě, ale i průběh, je

jakoby „zpomalený“. Lidé s onemocněním Parkinsonovou chorobou mají problémy při jídle, čištění zubů, oblékání, při otáčení se na lůžku ze strany na stranu, což postihuje také kvalitu spánku.

**Třes** je nejcharakterističtější a nejčastějším příznakem Parkinsonovy choroby, udává Roth et al. (1999, s. 25). Zároveň však poukazuje na fakt, že: „...*ne každý třes znamená, že pacient touto chorobou trpí.*“ Je proto velmi důležité před stanovením diagnózy zhodnotit a prověřit velké množství faktů. Třes se zpravidla začíná objevovat na končetinách, konkrétně na prstech horních končetin, a to nesymetricky. Poté se většinou rozšiřuje na stejnostrannou dolní končetinu a pak přechází na druhou stranu těla. Ani toto však není pravidlem.

Halová (2007, s. 19) doplňuje informace o třesu (tremoru) slovy o typickém projevu zejména v klidové fázi nemocného. Také může zesilovat při stresových situacích, psychické nepohodě, úzkosti či nejistotě. Při spánku nebo relaxaci není třes pozorován.

Pravděpodobnost diagnózy Parkinsonovy choroby se zvyšuje, pokud je přítomen třes rukou akcentovaný při chůzi, zvláště pokud je asymetricky vyjádřen. Typický Parkinsonský třes má obvykle malou frekvenci, asi 4 až 6 kmitů za sekundu. Pacienti bývají obtížně snášeni pro svou viditelnost, bývá příčinou mnoha sociálních zábran těchto lidí (Růžička, et al. 1998, s. 7).

**Rigiditu** (svalovou ztuhlost) popisuje Roth et al. (1999, s. 28) následovně: „...*projevuje se zvýšením normálního svalového napětí, které je potřebné k pohybu a udržení vzpřímeného postoje.*“ Ztuhlé svalstvo bývá častou příčinou prvních návštěv pacientů s Parkinsonovou chorobou u lékaře. Pociťují bolesti zad, zvýšené napětí v ramenou, ztuhlé krční svaly, napadají na jednu končetinu či zaznamenávají, že nemohou dovést určitý pohyb do krajní polohy. Tyto příznaky vnímají jako velmi obtížné a nepříjemné. Svalová ztuhlost souvisí s nedostatkem dopaminu v bazálních gangliích.

Růžička et al. (1998, s. 7) popisuje v souvislosti s rigiditou fenomén „ozubeného kola“, kdy jsou hmatatelné zárazy pasivního pohybu způsobovány náskoky svalů, a ty následně a opakovaně fixují tělesný aparát nemocného. Často bývá rigidita v úzkém spojení s bradykinézou, není to však pravidlem, lze je pozorovat i samostatně.

**Posturální poruchy** velmi často doprovázejí Parkinsonovu chorobu a nemocným značně komplikují život. Růžička et al. (1998, s. 9) udává výčet mnoha projevů posturálních poruch:

- flekční držení těla s drobnými šouravými kroky,

- poruchy rovnováhy ve stoji, pády při chůzi,
- akinetický freezing (pohybová blokáda při chůzi, zárazy v úzkých prostorech),
- hesitaci (podupy na místě, neschopnost vykročit),
- festinaci (zrychlování či zkracování kroků).

Více konkrétních příkladů popisuje Halová (2007, s. 20). Flekční držení těla, pokrčená kolena a nerovnováha, drobná chůze či ztěžklé nohy při poruchách stoje a chůze, bývají příčinou mnohých pádů osob nemocných Parkinsonovou chorobou. Jako zajímavost uvádí Halová skutečnost, že nemocným vyhovuje více chůze po schodech, než po rovině.

**Poruchy řeči a hlasu** mohou být v počátečních stádiích dalšími z příznaků Parkinsonovy choroby. Mezi nejčastější příznaky tohoto typu patří:

- dysprosodie, aprosodie (snížená schopnost modulace hlasu, melodie řeči),
- hypokinetická dysartrie (nepřesná, setřelá artikulace),
- tachyfémie, doprovází dysartrii (zrychlená artikulace),
- palilalie (nutkavé opakování slabik, slov či vět).

Příčinu spatřuje MUDr. Růžicka et al. (2000, s. 110) ve svalové ztuhlosti, která postihuje také oblast dýchacího a artikulačního svalstva. Tyto dysfunkce se mohou projevovat zhoršenou schopností řečového projevu a narušenou plynulostí slovní produkce.

**Změny ve výrazu obličeje** a poruchy mimiky uvádí Roth et al. (1999, s. 92) opět jako častý příznak Parkinsonovy choroby, který je způsoben ztuhlými svaly v obličejové části, zejména v okolí úst. Výraz obličeje, odrážející emocionální stav, se oplošťuje, změny nastupují opožděně za psychickým prožitkem. Mimo kruhového ústního svalu jsou postiženy také svaly jazyka, čelisti, měkkého patra a hltanu. Tyto skutečnosti se podílejí jednak na výše zmiňovaných komunikačních schopnostech pacientů, ale také na jejich mimice, která jakoby „chybí“ a tato skutečnost je patrna například při pláči a smíchu. V této souvislosti lze pozorovat u nemocných osobitý výraz obličeje, který je nazýván hypomimií (maskovitou tváří).

**Mikrografie** se může manifestovat již od počátku onemocnění, říká MUDr. Růžicka et al. (2000, s. 82). Tato porucha se projevuje výrazným zmenšováním psaného písma, zejména

na koncích řádků, neschopností řádek dokončit, v důsledku zárazu. Celý písemný projev bývá prodloužený, časově náročný, s postupem času pacienti přecházejí k hůlkovému písmu. Zajímavostí pro čtenáře může být fakt, že třes obvykle není původcem poruch písemného projevu.

### **Non-motorické příznaky**

**Vegetativní dysfunkce** popisuje Růžička et al. (2000, s. 121) ve své publikaci o *Parkinsonově nemoci a Parkinsonských syndromech*, kde uvádí, že některé projevy vegetativních dysfunkcí se vyskytují téměř pravidelně, jsou to zvýšený mazotok v obličeji a zácpa a oproti tomu existuje řada nekonstantních projevů, jejichž výskyt stoupá s postupujícím stádiem nemoci. Projevuje se dysfagie, porucha trávení, hypersalivace a zvýšené pocení. Projevy jsou nespecifického rázu a jsou ovlivněny obdobími zhoršené hybnosti. Lze mezi ně zařadit hypotenzi, mikční obtíže, sexuální poruchy a poruchy spánku.

**Senzorické poruchy** lze uvést jako časný příznak nemoci. Mohou se projevit poruchou čichu, a to buď zvýšením čichového prahu nebo zhoršeným vnímáním čichových podnětů. Přes výrazný projev není možné tento faktor využívat jako ukazatel Parkinsonovy choroby, zdůrazňuje Růžička et al. (2000, s. 122).

**Senzitivní dysfunkce** jsou poruchami cití a pacientům přinášejí pocity tíže, bolesti a křečovitých stahů svalstva. V souvislosti s akinézou či freezingem udávají pacienti nepříjemné pocity, které jen obtížně popisují. Většinou se shodují v termínu dyskomfort, nepohoda. Při těžkých dyskinetických potížích pacienti udávají palčivé bolesti kůže, tlaky a bolesti vnitřních orgánů. Většina těchto symptomů v průběhu léčby kolísá, je závislá na efektivitě terapie (Růžička et al 2000, s. 87).

**Psychické změny** se manifestují mnohdy již od počátku onemocnění a stávají se téměř pravidelnou součástí symptomatiky Parkinsonovy choroby, uvádí Roth et al. (1998, s. 31). Dále tuto problematiku rozvádí v popisu těchto psychických změn, které s chorobou souvisí a vyplývají z její nevyzpytatelnosti a náročnosti na zvládání životních proměn a omezení.

Jde především o deprese, kdy člověk čelí pocitům nepřiměřeného smutku, zoufalství, zármutku, skleslosti a příznakům celkové únavy. Deprese nemusí vždy odpovídat stupni postižení jedince s Parkinsonovou chorobou. „Život v depresi přináší člověku utrpení, proto je nutné deprese léčit, neboť jsou léčitelné“ (Roth, et al. 1998, s. 32).

S těmito závěry se shoduje Roth s Růžičkou et al. (2000, s. 122), který k těmto tvrzením ještě poznamenává, že se neprokázala souvislost mezi vznikem Parkinsonovy choroby a premorbidními osobnostními rysy jedince, jako je mentální rigidita, úzkostnost či uzavřenost.

### **1.3.5 Léčba Parkinsonovy choroby**

Halová (2007, s. 20) píše, že v prvních letech od propuknutí Parkinsonovy choroby lze dobře čelit většině příznaků pomocí medikamentózní léčby. Ke zhoršování příznaků, ve smyslu přidružení jiných nemocí (choroby srdce, diabetes, infekce) začíná docházet po 5 až 8 letech léčby.

Roth et al. (1999, s. 38) upřesňuje, že léčebný postup, jenž by dokázal nemoc zcela zastavit či dokonce vyléčit neexistuje. Dosud získané vědomosti lékařů a léčebné postupy se však snaží pacientům jednotlivé příznaky účinně a dlouhodobě potlačovat. Hlavním cílem odborníků v této oblasti je dosažení co možná nejvyššího života osob s Parkinsonovou chorobou. Tito odborníci se shodují v názoru, že nejúčinněji působí kombinace léčby farmakologické s léčbou nefarmakologickou. Proto bývá léčba léky doplňována režimovými opatřeními, rehabilitací, cvičením, pohybovou reedukací.

Růžička et al. (2000, s. 223) výčet prvků nefarmakologické léčby doplňuje o psychoterapii a nejrůznější formy společenské podpory nemocných, jejichž cílem je úprava režimu a tvorba náhradních stereotypů pro poškozené funkce. Z toho plyne, že pacient by se neměl spoléhat pouze na léky, ale především být aktivním v překonávání obtíží. Zde je také vyzdvihována důležitost podpory rodiny a společnosti. Z dalších léčebných metod je nutné zmínit léčbu neurochirurgickou, která může nemocným pomoci v těch případech, kdy neúčinkují ostatní postupy.

Roth et al. (1999, s. 40), hovoří o tom, že každý nemocný má právo na informace o své nemoci a zároveň o možnostech její léčby. Nemocný, trpící Parkinsonovou chorobou je obvykle v péči specialisty v oboru neurologie, který sleduje vývoj onemocnění v pravidelných časových odstupech a navrhuje léčebný postup.

## **Farmakologická léčba**

Léčba musí vycházet z adekvátní diagnostiky, jak uvádí Růžička et al. (2000, s. 179) a musí odpovídat individuálnímu vývoji onemocnění. Ve farmakoterapii se uplatňují symptomatické postupy, které zahrnují léčbu substituční, kompenzační a adjuvantní.

**Symptomatická léčba - substituce** dopaminu spočívá ve snaze zvýšit tvorbu endogenního dopaminu:

- L-DOPA,
- agonisté dopaminu.

**Symptomatická léčba - kompenzační** je založena na náhradě dopaminu podobně působícími látkami:

- anticholinergika,
- amantadin,
- selegilin,
- inhibitory COMT.

**Symptomatická léčba – adjuvantní** zahrnuje léčebné postupy reagující na vedlejší účinky, projevy a komplikace nemoci:

- antidepressiva, anxiolytika,
- atypická neuroleptika,
- prokinetika trávicího ústrojí, aj.

## **Klinické účinky L-DOPA**

Levodopa (L-DOPA) příznivě ovlivňuje všechny základní příznaky nemoci a jak uvádí Roth et al. (1999, s. 41), patří mezi základní léky Parkinsonovy choroby. Jedná se o přirozenou látku, z níž se v těle jednoduchou přeměnou tvoří dopamin. Na rozdíl od dopaminu samotného, Levodopa proniká snadno z krevního oběhu do mozku, v jehož buňkách se pak přemění v dopamin.

Levodopa je bezpečný a dobře snášený lék. Některé příznaky však neovlivňuje stejně dobře. Například pokud nemocný trpí zácpou či zárazou v chůzi, pak účinky Levodopy jsou téměř neefektivní. Mnozí pacienti však po prvních dávkách tohoto léku pocítují návrat ztracených funkcí a zmírnění obtíží, například rigidity, třesu či bradykinéze.



Mezi nepříznivé účinky Levodopy řadí Růžička et al. (2000, s. 183) kolísání krevního tlaku, srdeční arytmie, nauzea (pocit nevolnosti), vomitus (zvracení). V souvislosti s podáváním Levodopy se ještě Růžička zamýšlí nad možnými příčinami pozdních komplikací Parkinsonovy choroby. Mezi tyto komplikace řadí kolísání stavu hybnosti či polékové dyskineze. Ačkoliv se názory na tuto problematiku liší, nezvratným důkazem zůstává, že komplikace vznikají nezávisle na trvání léčby L-DOPA a jsou závislé především na délce onemocnění.

Roth et al. (1999, s. 45) k těmto údajům doplňuje několik praktických informací o správném užívání Levodopy, které může ovlivnit sám pacient.

- Dodržovat pravidelné dávkování léčby dle časového rozpisu,
- sledovat svůj stav a informovat lékaře o případném kolísání účinku léků,
- lék užívat nalačno, popřípadě s malým množstvím sacharidů.

### **Neurochirurgická léčba**

Neurochirurgická léčba je dle Růžičky et al. (2000, s. 200) jedna z metod nabízející nemocným s Parkinsonovou chorobou možnost zlepšení jejich stavu formou funkčních stereotaktických operací, které jsou zacíleny na okruhy bazálních ganglií. Při tomto neurochirurgickém postupu se operace zaměřuje na hluboké mozkové struktury, a tím pozitivně ovlivňuje základní pohybové potíže.

Halová (2007, s. 21) popisuje stručně neurochirurgickou léčbu v jednotlivých bodech:

- transplantace kmenových buněk
- stereotaktická léze mozku, operace se zavedením speciální elektrody k jádru mozku
- hluboká mozková stimulace, která spočívá v trvalé stimulaci určitého místa, a to signálem o frekvenci nad 100 Hz.

### **Pohybová léčba**

Růžička et al. (2000, s. 210) klade důraz při léčbě osob s Parkinsonovou chorobou na komplexnost a prolínání jednotlivých složek. Mezi důležité formy lze jistě zařadit část léčebné rehabilitace, **fyzioterapii**. Ve své publikaci MUDr. Růžička popisuje mimo jiné vyšetření nemocného fyzioterapeutem, metodické postupy při fyzioterapii, ukázkou cvičební jednotky pro všechny stupně postižení i návody jak zvládat období „neschopnosti“

při běžných denních činnostech. Je zde také popsáno cvičení napomáhající správnému dýchání a ním úzce související řeči a výslovnosti. Při popisu cvičební jednotky ve skupině, je zmiňována pozitivní zkušenost se zapojením tance, hudby a různých her. Zdůrazněna je příjemná atmosféra posilována vyprávěním příhod či vtipů.

Na fyzioterapii se těsně váže další složka vyzdvihovaná MUDr. Růžičkou, **ergoterapie**. Ke správné aplikaci metody ergoterapie je nezbytné nemocného dobře poznat, vědět, jaké vykonává pravidelné činnosti, zda je samostatný či nikoliv. V rámci ergoterapie si klienti zkouší procvičování jemné motoriky na základě kreslení, překreslování tvarů či nácviku samotného psaní. **Lázeňská péče** je také doporučována. Vhodnost by se měla řídit stupněm postižení a nemocným s Parkinsonovou chorobou by měl být navrhnut individuální lázeňský pobyt (Růžička, et al. 2000, s. 220).

### **Rehabilitační léčba**

*„Pravidelná pohybová léčba u nemocných trpících parkinsonovou chorobou je stejně důležitá jako pravidelné užívání léků“ (Roth, et al. 1999, s. 69).*

Svalová ztuhlost, zpomalenost pohybů a třes jsou příznaky, které se navzájem kombinují a během dne mohou měnit svoji vlastní intenzitu. Pomocí pohybového režimu, který je pro každého pacienta čistě individuální, lze některé obtíže zmírnit, či dokonce odstranit, uvádí dále MUDr. Roth.

Mezi obtíže, na něž se zaměřuje rehabilitační léčba, se řadí například:

- období neschopnosti započít pohyb,
- otáčení na lůžku,
- sed na lůžku, vstávání z lůžka,
- vstávání či sedání na židli,
- zpomalení nebo zastavení při chůzi,
- zpomalení nebo zastavení při domácích činnostech.

V rámci rehabilitace těchto příznaků se doporučují například ranní cvičení. Tato cvičení navrhuje Roth et al (1999, s. 75) provádět ihned po probuzení na lůžku, říká že: *„...je třeba si plně uvědomit, že se budete muset pohybovat. Bylo by ideální pustit si k tomu rytmickou hudbu, např. z nahrané kazety. Je nutno připravit si vše již večer.“*

Cvičení je vhodné provádět přes den, v době, kdy léky působí uvolnění a člověk si může dovolit provádět cviky v maximálně možném rozsahu s uvolněním všech kloubů.

Halová (2007, s. 22) nabádá nemocné s Parkinsonovou chorobou k „vyburcování se“ do aktivit spojených s domácností nebo pracovní terapií. Nemocní mají zkoušet relaxovat pomocí hudby, autogenních tréninků aj. Jako důležité faktory zmiňuje rozvržení léků a stravy, dostatečné a pravidelné jídlo, pití, nácvik psaní, čtení, telefonování, v neposlední řadě cestování a řízení chodu domácnosti. Zdůrazňuje životosprávu, pravidelné cvičení, lehkou ranní rozcvičku, dopolední cvičení, odpočinek, odpolední i večerní aktivitu.

Zvládnutí života s Parkinsonovou chorobou je nesmírně obtížné nejen pro pacienta, ale také pro jeho rodinu a blízké okolí, píše Růžička et al. (2000, s. 224). Předpokladem úspěšného boje s nemocí je jednoznačně podpora svých blízkých, ale také podpora státu a společnosti. Vzhledem k tomu, že současný obecný postoj společnosti vůči starší osobám se zdravotním postižením není na žádoucí úrovni, množí se aktivity samotných občanů, kteří zakládají různá sdružení, která se následně snaží pomáhat těmto osobám. V české republice vznikla humanitární společnost Parkinson, která se snaží být nápomocná osobám s Parkinsonovou chorobou. Tato společnost sdružuje nejen pacienty, ale také jejich rodinné příslušníky a ostatní občany, kteří jsou ochotni být nápomocni. Zároveň se tato společnost snaží poskytovat členům informace o možnostech sociální pomoci a sociálního zabezpečení.

## **2 EMPIRICKÁ ČÁST**

### **2.1 Cíl a předpoklady**

Cílem práce bylo zjistit, zda hudba a popřípadě jaká hudba má vliv na kvalitu života osob s Parkinsonovou chorobou.

Tato bakalářská práce se z počátku opírala o vlastní zkušenosti paní MUDr. Ludmily Čapkové, která studenty na přednášce seznámila se svými hudebními postupy uplatňovanými při dlouhodobé a úspěšné práci s osobami trpícími Parkinsonovou chorobou (přednáška, Praha, leden 2011).

Nemocnému trpícímu Parkinsonovou chorobou snižují kvalitu života motorické a non- motorické symptomy. Na počátku hudebně reedukační práce s nemocnými parkinsoniky byl proto sledován vliv hudby především na motorické funkce.

V průběhu práce se však objevila potřeba emočního přijetí klientů. Ti, v rámci motivace pro jejich domácí úkoly, vyžadovali takovou formu spolupráce, která by jim zajistila porozumění, a to v podobě možného sdílení svých strastí prostřednictvím otevřeného a důvěrného dialogu. Značnou pozornost bylo třeba věnovat jejich vlastním životním zážitkům starostem a radostem.

Během práce v oblasti hudební reedukace se ukázalo jako velmi vhodné pracovat s klientem i se skupinou na psychosociální úrovni. Každý student pracoval intenzivně s jedním klientem, kterého doprovázel a během týdne kontaktoval tak, aby klient byl schopen samostatné domácí práce na zadaných úkolech. Současně student pracoval s celou skupinou v rámci společných setkávání v pravidelných intervalech 14 dnů, a to po dobu 10 měsíců.

V praktické části se předpokládá že, hudba pozitivně ovlivňuje kvalitu života osob s Parkinsonovou chorobou.

Dále lze předpokládat, že určitý druh hudby pomáhá osobám s Parkinsonovou chorobou při konkrétních sebeobslužných činnostech.

## 2.2 Metody

S ohledem na povahu práce s osobami trpícími Parkinsonovou chorobou bylo třeba použít poměrně širokou škálu metod, které vyústily v popis případové studie sledovaného klienta, ale i celé skupiny klientů. Jako nutné se ukázalo užití dalších metod, které spolu úzce souvisely a vzájemně se doplňovaly tak, aby bylo možné zachytit co možná nejobjektivnější obraz celé sledované skupiny a jejího vývoje. Základní metody byly doplněny exemplifikacemi, případovými ilustracemi, myšlenkovými analýzami a syntézami, indukce a dedukce. Použité metody měly především kvalitativní charakter. Pro potřebu této práce, jejíž součástí je také sumarizace zjištěných skutečností, bylo třeba využít také některé metody kvantitativní povahy. Jako základní metody byly zvoleny metody **rozhovoru a pozorování**.

*„Rozhovor je metodou, která může sloužit k získávání nejrůznějších informací, např. subjektivních pocitů, prožitků, znalostí, názorů a zkušeností různých lidí na různé vývojové úrovni“ (Vágnerová 2007, s. 15).*

Metoda rozhovoru byla pro účely této práce velmi významnou technikou. Byla využita především k získávání informací o Parkinsonově chorobě, o klientovi i o celé skupině. Rozhovor sloužil jako nástroj pro zjišťování kvality života jedinců s Parkinsonovou chorobou, dále byl využit pro verbální reflexi klientů na prožité situace doma či ve skupině při hudebních setkáních. Díky společným rozhovorům bylo možné navázat vzájemnou spolupráci mezi klienty a studenty. Na základě získaných informací se pomocí rozhovoru dařilo studentům lépe zmapovat momentální stav klienta, orientovat se v okolnostech i příčinách jeho potíží, pocitů a potřeb.

Rozhovory byly vedeny na dvou úrovních:

- rozhovory se skupinou se skupinou osob s Parkinsonovou chorobou probíhající při pravidelných setkáváních,
- rozhovory s jednotlivci, které probíhaly jednak při pravidelných setkáváních a jednak při telefonické či elektronické komunikaci v průběhu 10 měsíců spolupráce. Všechny tyto formy rozhovorů měly společný cíl, a to podporu lidí stížených Parkinsonovou chorobou a jejich následné zkvalitnění života.

Další podstatnou metodou, která byla od počátku plně užívána, bylo **pozorování**. Vágnerová (2007, s. 13) charakterizuje pozorování jako jednu z metod, díky níž se pozorují

lidské projevy, a lze ji uskutečňovat v různých podmínkách, na kterých může být výsledek pozorování závislý.

Autorka práce a ostatní studenti se museli nejprve seznámit s prostředím, ve kterém probíhala muzikoterapeutická setkávání. Významným faktorem bylo poznávání jednotlivých klientů, jejich potíží a symptomů způsobených Parkinsonovou chorobou. Pozorovali klienty při hudebních aktivitách, při vzájemné komunikaci a při jejich interakci ve skupině.

Pozorování bylo zacíleno na motorické a non-motorické symptomy, na projevy osobnostní kvality, na verbalitu, neverbální a emoční projevy. Každý student vedl zpočátku dva klienty, později se spolupráce zúžila na 5 pracovních dvojic. Tato pracovní dvojice byla tvořena 1 studentem a 1 klientem. Postupně se utvářely v rámci těchto dvojic úzké vazby, díky nimž bylo možné lépe poznat jednotlivé klienty, odhalit jejich potřeby a možnosti. Tato spolupráce probíhala jako ryze individuální, odvíjela se v několika liniích.

Pro komplexnost práce ve skupině i s jednotlivci byly rozhovory a pozorování doplněny zápisky o zjištěných projevech klientů, jejich průběžných změnách a vývoji. Klienti si sami vyhodnocovaly své životní události a pocity v rozhovorech či ve vzájemné korespondenci. Tyto sebereflexe klientů byly jistou odpovědí pro studenty, kteří v nich mohli nalézat odpovědi na efektivitu jejich edukační činnosti.

Vzhledem k charakteru práce si studenti pokládali ještě několik doplňujících otázek, díky nimž průzkum samotný nabyl podoby průzkumu smíšeného, s převahou kvalitativních postupů. Akcent byl kladen na zjištění charakteru individuální hudební aktivity a zároveň na podporu klienta.

### **Otázky, stanovené pro potřeby širšího empirického šetření**

- Lze povahu hudebních úkolů pro nemocné s Parkinsonovou chorobou unifikovat?
- Je nutné vytvářet pro každého nemocného jeho vlastní hudební aktivity?
- Budou klienti ochotni přijmout nabízené metody a formy práce?
- Budou klienti samostatně provádět hudební aktivity doma poté, co se tyto aktivity stanoví v rámci skupinové práce?
- Bude třeba podporovat klienty, aby byli v domácím prostředí aktivní?

- Lze uvažovat, že v průběhu souvislé 10měsíční práce se dostaví moment, kdy budou klienti vykazovat setrvalou samostatnost?
- Lze uvažovat, že hudební aktivity pomohou zlepšovat motorické funkce klientů?
- Budou klienti schopni vlastní sebereflexe a následné účasti na modifikaci hudebních aktivit?
- Budou pozitivní životní události klienty motivovat k práci na hudebních cvičeních?
- Budou případné negativní životní události klienty demotivovat při práci s hudbou?
- Budou klienti schopni ve skupině sdílet své pozitivní i negativní životní prožitky?
- Bude se projevovat souvislost mezi intenzitou plnění individuálních muzikoterapeutických aktivit v domácím prostředí a se skupinovou emoční podporou?
- Bude mít poskytnutá psychosociální podpora vliv na zkvalitňování vzájemného vztahu mezi klienty a studenty?

## **2.3 Charakteristika průzkumného vzorku**

Skupina klientů byla zpočátku tvořena přibližně deseti lidmi ve věku od 50 do 80 let. Všichni klienti byli osoby trpící Parkinsonovou chorobou v různých stádiích a formách. Skupina se ustálila na počtu 5 klientů a 5 studentů. Nad touto skupinou byla vedena supervize.

Setkávání osob trpících Parkinsonovou chorobou a studenty ve spolupráci s muzikoterapeuty probíhalo 2x měsíčně v pravidelných intervalech od února do listopadu 2011, tj. 10 měsíců.

Zacílení aktivit na společných setkáních bylo od počátku směřováno k rozpoznávání potřeb jednotlivých klientů a k jejich naplňování prostřednictvím hudební reedukace za účasti psychosociální podpory.

Protože práce s osobami trpícími Parkinsonovou chorobou představuje velmi komplexní činnost, bylo nezbytné pracovat v rámci skupiny na společných projektech a zároveň věnovat individuální podporu vybranému klientovi, na kterého student působil terapeuticky i psychosociálně.

## **2.4 Průběh průzkumu**

Studenti vedli své klienty pod supervizí. Díky odborné spolupráci získávali postupně své dílčí, hudebně reedukační a speciálně pedagogické kompetence. Na společných setkáních probíhaly hudební aktivity, vzájemné rozhovory a tvorba úkolů pro samostatnou domácí hudební činnost. Výsledky této domácí aktivity byly na setkáváních vyhodnocovány a další postupy konzultovány s neurologem a s muzikoterapeutem v pozici supervizora.

Z důvodu zacílení na psychosociální podporu nemocného s Parkinsonovou chorobou byla další součástí spolupráce mezi studenty a klienty také domácí podpora. Ta sestávala z telefonických rozhovorů, elektronické či písemné komunikace.

Studenti si na základě průběžného pozorování jednotlivých aktivit, projevů a pocitů klientů, mohli lépe vyhodnotit efektivitu nabízených činností. Současně se pokoušeli odhalovat případnou inkongruenci ve vzájemné komunikaci (Rogers 2003, s. 129). Ta byla často pozorována jako významný aspekt v chování klientů, jež se projevoval jako rozpor mezi jejich chováním a prožíváním.

V průběhu vzájemné spolupráce docházelo k postupným systémovým úpravám, především díky stoupající informovanosti a znalostem, a také díky vyšší organizovanosti ze strany studentů a jejich odborného vedení. Schopnost realistického zhodnocení i následná modifikace vyžadovala uspořádanost, postupné a citlivé zvyšování náročnosti hudebních aktivit. Během skupinové i individuální systematické práce se postupně dařilo dosahovat dílčích úspěchů v podobě zmírnění motorických příznaků, větší samostatnosti klienta při individuálních činnostech a zároveň se projevoval kladný vliv psychosociální podpory studentů na sebevědomí klientů a jejich kladné sebepřijetí ve smyslu pozitivního náhledu na svoji vlastní budoucnost a vývoj.

### **2.4.1 Popis skupiny**

Skupina se utvářela jako otevřený systém. Na samém počátku stáli proti sobě lidé toužící po změně svého zdravotního stavu a doufající v pomoc, která měla přijít v podobě hudby a hudebních aktivit, na straně druhé byly studenti a odborníci odhodlané těmito lidem pomoci.

Tyto dvě strany se záhy spojily a sledovaly společný cíl jejich spolupráce, kterým byla bezesporu snaha o zkvalitnění života osob trpících Parkinsonovou chorobou. Ke splnění tohoto nelehkého úkolu vedla, a stále vede cesta, která emotivně zasáhla všechny zúčastněné



osoby. Společné aktivity, konané pravidelně ve 14 denních intervalech, se začaly stávat vítaným zpestřením a pro obě strany jistou formou „závislosti“. Nová forma aktivit vnesla do životů lidí s Parkinsonovou chorobou, jiný úhel pohledu na svou nemoc, nabídla jim specifickou pomoc, přinesla určitý režim, který s sebou přinášel jistotu, možnost sebereflexe a v neposlední řadě poskytl pocit sounáležitosti a porozumění.

Smyslem bylo posunovat klienty na jejich cestě směrem kupředu, povzbuzovat je v jejich vlastních aktivitách a předkládat jim nové možnosti. Díky hudbě se pro mnohé zúčastněné otevřela nová forma vyjadřování vlastních pocitů, strastí a obav. Získali zde nové zkušenosti, zážitky a také společnost lidí ochotných naslouchat a pomáhat. Klienti přijali nabízenou spolupráci dle svých dispozic a osobních předpokladů.

Skupina poskytovala klientům jistý sociální prostor s postupným rozdělením sociálních rolí. Dominantnější jedinci zprvu měli tendence k posunování skupiny dle vlastní vize, submivněji ladění klienti si naopak nejprve netroufali na jakékoliv prezentování vlastních představ. Toto se v průběhu setkávání měnilo ve smyslu vyrovnaní pozic jednotlivých klientů. Skupina se stmelovala a její jednotnost byla patrna nejen ve stoupající vzájemné solidaritě, ale také ve shodném přístupu k nabízeným aktivitám, směřovaným na zlepšení motorických příznaků způsobených Parkinsonovou chorobou.

Otevřené a bezpečné sociální prostředí nabízelo klientům možnost empatického přijetí a ventilaci vlastních pocitů. Díky prvotnímu důrazu na tyto aspekty se následně dařilo zvyšovat samostatnost jednotlivců při plnění individuálních hudebních programů, zvyšovat zacílenost na hudební aktivity podporující motorické funkce. Skupina dokázala překonat období životních krizí jednotlivých členů. V takových případech byla skupina klientům oporou a bezpečným prostorem. Projevovala se soudržnost, vzájemná podpora a empatie. Koheze skupiny se začala utvářet na základě referencí vlastních poznatků o působení individuálních hudebních aktivit na určité funkce. Díky skutečným zpětným vazbám, které potvrzovaly účinnost těchto aktivit, začali klienti více samostatně pracovat doma i ve skupině. Množily se nápady na nové činnosti, klienti lépe vnímali životní realitu svoji i ostatních, snažili se o pozitivnější náhled na život s chorobou, která jim působí obtíže v téměř všech oblastech, a která je vzhledem ke své prognóze, velmi nevyzpytatelná.

## **Skupina a její dynamika**

Skupina jako celek působila harmonicky a ze vzájemné spolupráce se vyvinula soudržnost a cílená odpovědnost za dosažení zvoleného cíle. Od počátečních „nesmělých“ aktivit se skupina restrukturalizovala, intenzivně se rozvíjela a vytvářela prostor pro vznik nových vztahů a pevných vazeb. Byly zorganizovány úspěšné akce, které stmelily jednotlivé klienty, dodaly jim sebevědomí, pocit sounáležitosti a důvěru ve své vlastní schopnosti. Přes svůj handicap tito lidé zvládli výstup na horu Říp, zúčastnili se demonstrace na podporu zdravotně postižených osob, zorganizovali letní slavnost v Praze pro klienty a studenty. Velmi důležitým okamžikem byla schůzka s neurologem, MUDr. Duškem. Toto setkání bylo pro všechny zúčastněné jasným důkazem a ujištěním, že se zapojili do programu, který má jasně nastavená pravidla, pozitivní a odborně prokazatelné účinky.

Skupina kladně hodnotila společné aktivity. Klientům se líbilo, pokud znali dopředu průběh a smysl prováděné aktivity. Ocenili, pokud si mohli být jisti, že aktivitu zvládnou a především, pokud se jim aktivita podařila. Takové momenty vnášely do vzájemné práce pozitivní aspekty. Mezi oblíbené aktivity bylo možné bezpochyby zařadit svižnou taneční hudbu, rytmizační cvičení, překreslování obrazců či snímání pohybů rukou na základě prožité hudební aktivity. Dalšími, kladně vnímanými aktivitami byla relaxace, prostřednictvím zvonkohry či japonské flétny.

Vlivem společně sdílených prožitků a vzájemných rozhovorů byli klienti vůči sobě velmi empatictí a dokázali se navzájem podpořit a pochopit. V jejich životě se střídalo napětí, úzkost, apatie s uvolněním a očekáváním, s nadějí a euforií. Stejně jako zdraví jedinci, i osoby s Parkinsonovou chorobou potřebovali cítit otevřenou budoucnost a životní perspektivu.

Nabídka hudebně reedukačních aktivit přinesla klientům jednu z několika možností, jak těmto lidem pomoci a ukázala jim cestu ke kvalitnějšímu životu. Životu, jaký si přeje každý jedinec. Klienti se díky lepšímu poznání sebe sama učili, že s využitím svého potenciálu lze takového života dosáhnout.

Hudba byla odrazem prožívání a procesů, které probíhaly v každém ze zúčastněných lidí ve skupině. V hudbě bylo možné nalézat napětí i uvolnění, které je typické pro běžné lidské prožívání. Bylo zapotřebí nalézt také tu správnou formu aktivity, která byla pro každého klienta ryze individuální, a tak mohla naplňovat jeho představy. K tomuto účelu byla každému klientovi přiřazena jedna studentka, která na základě svých pozorování, rozhovorů

i systematické přípravě pod odborným vedením, mohla klientovi připravit takový hudební program, který odpovídal jeho představám, možnostem i předpokladům. Navzdory počátečním obavám i nedůvěře byl program rozvinut do širších dimenzí překračujících původní očekávání a pro další období se začala rýsovat dlouhodobější spolupráce, která měla ambice ovlivňovat životy lidí s Parkinsonovou chorobou. Jejím smyslem bylo působit v širších souvislostech a oslovit více lidí, kteří potřebovali překonat úskalí života, zvládat obtížné situace, dodat jim jistotu a vědomí, že na své strasti a bolesti nejsou a nemusí být sami.

**Jednotnost a celistvost skupiny** byla patrna odpočátku. Lze se domnívat, že byla zapříčiněná společným zájmem a očekáváním. V průběhu programu docházelo k přechodnému ochabování aktivity klientů, občasné stagnaci při samostatných domácích činnostech. Po stanovení hudebních programů a ujasnění si priorit vzájemného snažení všech zúčastněných stran, nastala zjevná koheze uvnitř skupiny. Ta se stmelovala a postupně se ubírala jedním, společným směrem.

**Aktivita skupiny** jasně korespondovala s jednotností a celistvostí skupiny. Vlivem složitosti utvářených dějů střídala postupně počáteční nadšení rezignace, apatie a pokles aktivity. V době, kdy klienti již měli stanoveny vlastní hudební programy, se jevil jako reálný předpoklad, že jejich aktivita bude stabilní, ne-li stoupající. V tomto okamžiku nastala podstatná úloha studentů. Záleželo především na jejich empatii, invenci a asertivitě, na jejich schopnostech motivovat, podporovat, kontrolovat, ale i limitovat klienty, nastavovat určité hranice. Těmito opatřeními dokázali studenti posunovat klienty v jejich aktivitách a od těchto schopností se také odvíjela samostatná práce klientů při plnění individuálních hudebních aktivit v domácím prostředí.

## 2.4.2 Jednotlivci ve skupině

Účelem této kapitoly je stručně přiblížit jednotlivé klienty ve skupině, pokusit se nastínit jejich vývoj v oblasti psychosociální, v oblasti změn motorických funkcí v návaznosti na jejich vlastní samostatnost a v prováděných individuálních hudebních činnostech. Tyto sledované oblasti jsou popsány nejprve konkrétními příklady a poté grafy, díky nimž je orientace v problematice vývoje jednotlivých oblastí snadněji uchopitelná.

Týmem supervizorů a studentů byly zpracovány hodnotící škály pro následující sledované linie.

**Hodnotící škála pro oblast motorických symptomů** byla vytvořena porovnáním motorických symptomů mezi jednotlivými členy skupiny a na základě tohoto pozorování byly stanoveny počáteční body vyjadřující manifestaci motorických symptomů u jednotlivých členů skupiny. Výkyvy u jednotlivce v čase jsou pak směrem k bodu 5 či 1 hodnoceny pomocí ratingové metody (Skopal, et al. 2007, s. 49). Výkyv nad 5 znamená takovou manifestaci příznaků, že klient sledované skupiny není natolik mobilní, aby se dostavil na skupinu. Výkyv pod bod 1,5 znamená jedince bez přítomnosti symptomů.

**Hodnotící škála pro oblast psychosociální podpory** vystihuje vlastní podporu psychosociálního uspokojení klienta, kterou pomocí grafické posuzovací škály studenti dle svých pozorování a zápisků zaznamenávali pomocí číselných údajů následujícím způsobem: škála od 3 do 5 znázorňuje míru potřeby psychosociálního uspokojení klienta, kterou klient vnímá, ale doposud nemá zkušenost s tím, že skupina je jistícím psychosociálním prostorem k uspokojování psychosociálních potřeb. Bodové hodnocení od 3 do 1 znázorňuje míru vlastní potřeby psychosociálního uspokojení klienta, kterou klient vnímá a zároveň má zkušenost, že skupina je jistícím psychosociálním prostředím (směr k bodu 1 znamená vyšší míru této zkušenosti).

**Oblast samostatnosti** klienta je zaznamenána pomocí Likertovy škály (Skopal, et al. 2007, s. 50), v níž je uvedena míra samostatnosti klienta takto:

- 1 – naprosto nesamostatný, 2 – nesamostatný, 3 – ani nesamostatný, ani samostatný,
- 4 – samostatný, 5 – velmi samostatný.

Pro rychlejší orientaci je u jednotlivých grafů popis škál připomenut tabulkou „hodnotící škály“ u každého grafu.

## **Paní Anna**

Již od počátku se nadměrně projevovala individualita této zřejmě nejvýraznější osobnosti ze skupiny. Jejím vlivem byla od počátku ovlivňována dynamika i celistvost skupiny velmi zásadním způsobem. Skupina zpočátku její dikci tolerovala, později si ostatní klienti začali uvědomovat, že dostávali méně prostoru pro sebevyjádření a začaly se množit výtky směrem k výběru hudby, k „sólovým prezentacím“ či k hašteřivým epizodám.

Paní Anna, jakožto člověk s obrovskou schopností emoční prožitkovosti, upírala své aktivity především k výrazovým prostředkům, především k tanci a pantomimě.

V protipólu stál pan K., který byl odpočátku velmi samostatný a individuální kooperaci se studenty se vyhýbal. Tento člověk byl především fascinován hudbou ve své vlastní produkci. V podstatě tento klient si nenechal přiřadit k sobě žádného studenta a od společných aktivit skupiny se distancoval. Snažil se do nich vnést svůj subjektivní, dost často nerealizovatelný, řád a hudební směr. Byl až příliš ovlivněn svým vlastním přesvědčením, nedokázal přistoupit na jinou variantu aktivit a přizpůsobit se tak ostatním. Výhradně lpěl na vlastním, velice specifickém výběru hudby, snažil se ostatní přesvědčit o správnosti této volby. Pan K. začal vytvářet vlastní hudebně reedukační techniky. Skupina je hodnotila kladně, ale složitost těchto technik a úpornost, se kterou je prosazoval, byla pro ostatní spíše demotivující. Na základě vzájemných neshod se pan K. rozhodl pro vlastní cestu a skupinu opustil. Jeho rozhodnutí bylo pro něho významným životním krokem, který bylo možné považovat za zásadní obrat v jeho dosavadním snažení. Vlivem událostí ve skupině si klient dokázal sám provést vlastní rozhodnutí a díky sebereflexi si zhodnotil své potřeby a možnosti jejich naplňování.

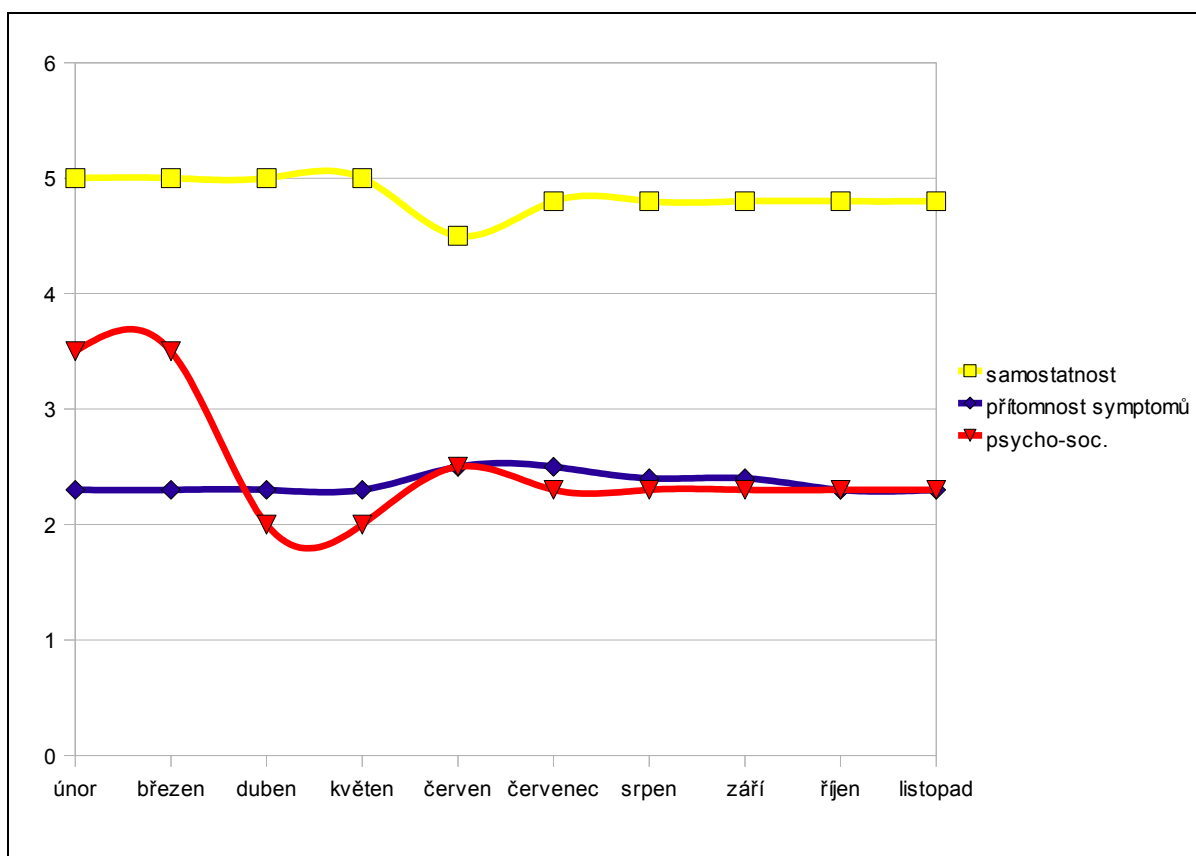
Odlišnou variantu aktivit upřednostňovala paní Anna. Její celoživotní vášní byla hudba, tanec a herectví. Své emoce ani své prožitky neskrývala a dokázala je nepokrytě vyjádřit. Tímto směrem se snažila paní Anna posunovat aktivity skupiny, ale tato nadměrně emotivní až expresivní forma sebevyjádření nebyla všem klientům příjemná. Anna byla svou dominancí a prožitkovostí vnímána jako vůdčí osobnost skupiny. Parkinsonova choroba jí byla diagnostikována ve dvaceti letech. V současné době bylo paní Anně kolem osmdesáti let a její motorické příznaky nebyly zdaleka tak manifestující jako u jiných klientů. Tato žena byla velice aktivní v osobním i veřejném životě. Účastnila se veškerých akcí pořádaných Klubem parkinsoniků, jiné akce iniciovala sama či je alespoň podporovala vlastní účastí.

**Tabulka č. 1: Klientka Anna - hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců**

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	2,3	2,3	2,3	2,3	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3
psycho-soc.	3,5	3,5	2,0	2,0	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
samostatnost	5,0	5,0	5,0	5,0	4,5	4,8	4,8	4,8	4,8	4,8

**Tabulka č. 2: Klientka Anna – hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č.1: Klientka Anna - sledované linie v průběhu 10 měsíců**

Na grafu č. 1 (paní Anna) se jasně demonstuje její samostatnost, a to v téměř všech činnostech. Vzhledem k tomu, že paní Anna byla velice hudebně nadaná a hudbou se zabývala celý život, byly pro ni naše společné hudební aktivity vítaným zpestřením, ale v podstatě si veškeré činnosti organizovala sama, a tím ovlivňovala i ostatní členy skupiny.

Motorické potíže Anny nebyly výrazně manifestovány jako u ostatních klientů. Anna se snažila tancem překonávat jak psychické, tak fyzické problémy. Její výrazovost v pohybu byla pro ostatní inspirující a motivovala je k aktivitě. Anna trpěla závratěmi a mnoha dalšími přidruženými nemocemi, přesto byl její projev na skupině většinou energický, bez známek obtíží či nepohody. Občas se projevovaly její obavy o vlastní budoucnost s progradující nemocí. Tyto strasti se projevovaly sklíčeností a motorickými potížemi ve smyslu bolestivých končetin či nestabilitou. Proto se Anna snažila pracovat s maximálním nasazením a horlivostí, aby si dokázala co možná nejdéle udržet vlastní samostatnost a celkovou zdatnost.

Z počátku se Anna snažila držet určitý nadhled a odstup, snažila všem dokázat svou samostatnost a aktivitu. Záhy však poznala, že skupina jí může poskytnout psychosociální podporu, ochranu i oporu. Uvědomění si pozitiv nabízených skupinou bylo impulzem pro rozvíjení kladných interpersonálních vztahů a v případě Anny, především vztahu mezi ní a doprovodným studentem. Tato podpora byla většinou zacílena na sdílení pocitů a blízkosti osoby, která jí ochotně vyslechla a porozuměla. Anna ve skupině našla nové přátele a zázemí.

## Pan Miloš

Pan Miloš byl klient, který dokázal v průběhu našeho setkávání pracovat na vlastním hudebním programu a tím velice intenzivně proměňoval své životní postoje a názory.

Již od počátku byla patrna jeho invence do skupiny. Snažil se systematicky podporovat jednotlivé členy, posilovat jejich sebevědomí a svým vlastním příkladem a iniciativou jim dával signály o důležitosti prováděných aktivit. Pan Miloš trpěl jasně viditelnými příznaky Parkinsonovy choroby, s asynchronními pohyby horních končetin, kdy dyskinéze byla patrna při všech činnostech. Také řečová stránka byla evidentně postižena dysartrií. Řeč byla někdy překotná až nesrozumitelná se ztíženou výslovností. Přesto, že pan Miloš trpěl viditelně intenzivními projevy Parkinsonovy choroby, byl pro ostatní členy skupiny jasným hybatelem a iniciátorem, který vnášel do skupiny emoční stabilitu, pocity jednotnosti a podpory. Toto řešil drobnými dárky či vnímavým postojem k ostatním klientům i studentům.

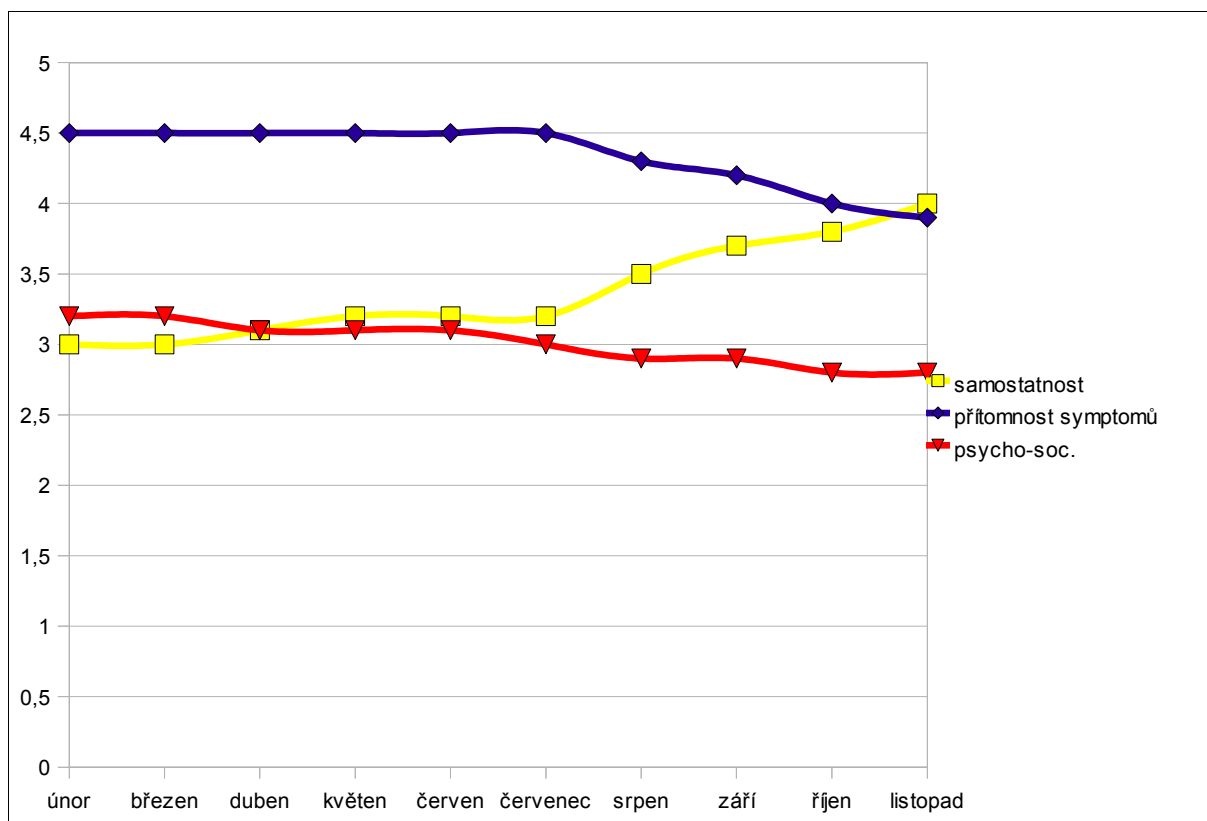
**Tabulka č. 3: Klient Miloš - hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců**

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,3	4,2	4,0	3,9
psycho-soc.	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8
Samostatnost	3,0	3,0	3,1	3,2	3,2	3,2	3,5	3,7	3,8	4,0

**Tabulka č. 4: Klient Miloš – hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný





**Graf č. 2: Klient Miloš - sledované linie v průběhu 10 měsíců**

Graf č. 2 (klient Miloš) je dokladem toho, jak skupina a její cílené působení ovlivňovalo klienta v oblasti samostatnosti a motorických projevů. Lze konstatovat, že poměrně dlouhou dobu se nechal pan Miloš pouze „vést“ svým doprovodným studentem a týmem skupiny. Bylo patrné, že mu tato forma spolupráce velmi vyhovovala a přinášela mu radost. Na setkání docházel pravidelně a prokazoval na nich výraznou aktivitu a vstřícnost k nabízeným činnostem. Teprve po nastolení individuálního hudebního programu začala stoupat jeho také samostatnost při domácích cvičeních, které si vždy zapisoval a na skupině konzultoval.

Vlivem hudby a hudebních aktivit se výrazné projevy asynchronizace pohybů končetin umírňovaly, dokázal lépe korigovat překotnost ve svém řečovém projevu, stával se emočně stabilnějším, se stále výraznou potřebou psychosociální podpory skupiny.

## **Paní Jana**

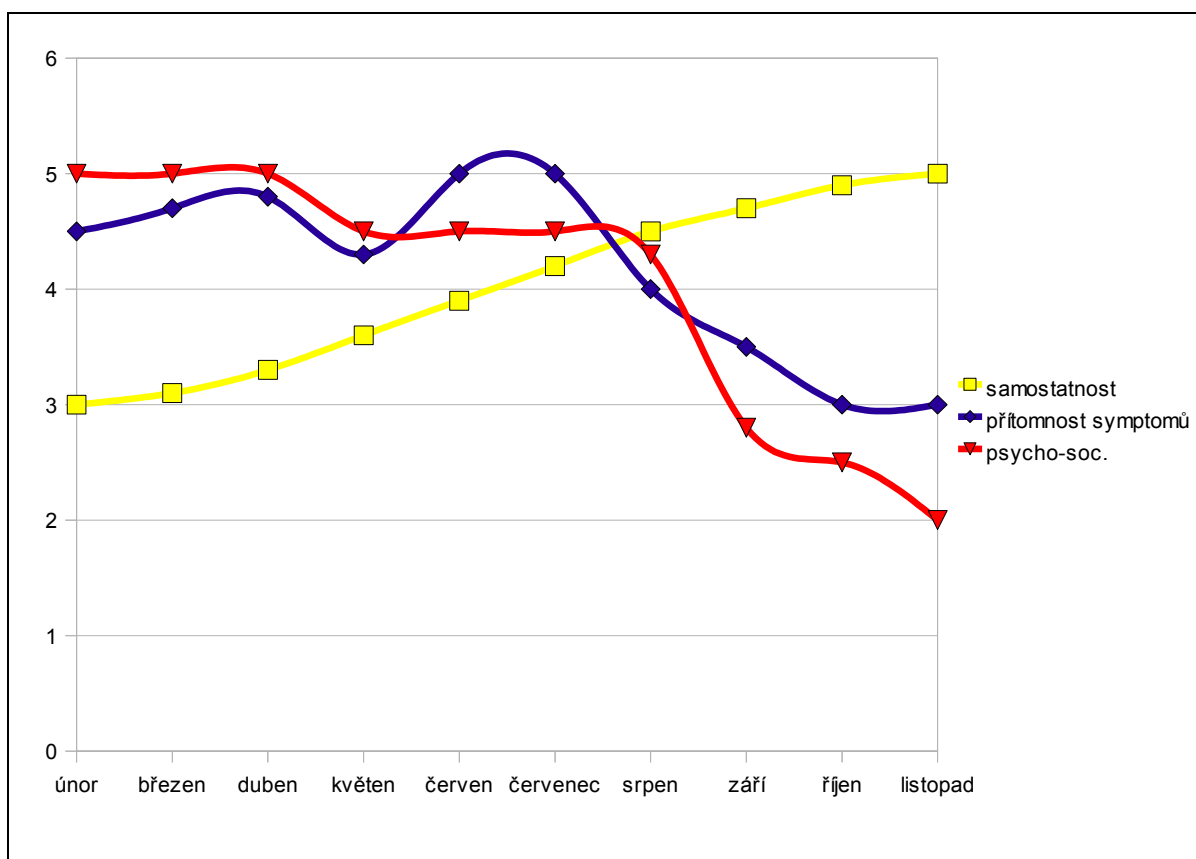
Paní Jana byla velice příjemná, klidná a nenápadná žena. V době účasti na hudebních setkáních prožívala velice neklidné období. Její život byl naplněn dramatickými událostmi a zároveň byl zmítán ataky Parkinsonovy choroby, která se v tomto případě projevovala především v oblasti pohybové rigidity a bradykineze. Rigidita byla pozorována ztuhlostí svalů v dolní polovině těla, což bylo projevem ztíženého pohybu dolních končetin, obtížnou a někdy i znemožněnou chůzí. Přes zjevné symptomy byla paní Jana jistou oporou celé skupiny ve smyslu příkladné vytrvalosti a vlastní invence při realizaci vlastního hudebního programu. Při skupinových aktivitách byla patrna větší únavnost a potřeba častějšího odpočinku, přesto její soustředěnost a zacílenost na činnost byla pro ostatní členy skupiny vždy inspirací a motivací pro další činnosti. Paní Janě bylo kolem šedesáti let, byla spíše introvertní povahy, což ji uzavíralo před skupinou a trvalo delší dobu, než se dokázala emočně projevit, a tím vyjavit své pocity navenek. U paní Jany byly nejmarkantněji pozorovatelné životní krize a zvraty, které se odrazily v jejím fyzickém i psychickém prožívání. Nutno podotknout, že tyto stavy paní Jana překonávala vždy v kontextu skupiny a svého doprovodného studenta, autorky práce. Krizové životní události stály v pozadí zhoršených somatických symptomů klientky. Její pevná vůle, odhodlanost překonávat potíže, pečlivost a soustředění na aktuální činnosti, byly inspirací pro ostatní členy skupiny a pro doprovodného studenta jasným signálem, že prováděné činnosti byly prospěšné a smysluplné nejen pro jeho klienta, ale také pro celou skupinu. Vlivem edukačních hudebních aktivit se stávala více asertivní, empatická a samostatná. Zlepšovala se její motorika i řeč.

**Tabulka č. 5: Klientka Jana - hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců**

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
Přít. sympt.	4,5	4,7	4,8	4,3	5,0	5,0	4,0	3,5	3,0	3,0
psycho-soc.	5,0	5,0	5,0	4,5	4,5	4,5	4,3	2,8	2,5	2,0
samostatnost	3,0	3,1	3,3	3,6	3,9	4,2	4,5	4,7	4,9	5,0

**Tabulka č. 6: Klientka Jana – hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č. 3: Klientka Jana – sledované linie v průběhu 10 měsíců**

Graf č. 3 znázorňuje linii samostatnosti klientky při plnění domácích hudebních aktivit. Tato linie měla stoupající tendenci a v závěru spolupráce byla již stabilnější. Samostatnost klientky dosáhla na vrchol jejích prozatímních možností a na této úrovni setrvala.

Motorika klientky byla vždy velmi podstatně ovlivňována jejím momentálním psychickým stavem, medikací a prožitou fyzickou zátěží. Během 10měsíční spolupráce proběhly u paní Jany zásadní životní zvraty (nemoc rodinného příslušníka, narození vnučky, pobyt v nemocnici), a ty se pokaždé významně projeví na motorických funkcích.

V závěru spolupráce však bylo možné pozorovat, že život paní Jany naznal vyšší kvality, dokázala si nalézt svůj vlastní životní rytmus, díky pravidelnosti a důslednosti při dodržování svého hudebního programu byly také motorické funkce zlepšovány. Patrná byla lepší mimika ve tváři, jistější řeč s emočními aspekty, bradykinéze byla zmírňována rytmizačními aktivitami a svalovou ztuhlost se postupně učila zvládat především domácími hudebními aktivitami plynoucími z individuálně vytvořeného programu.

Z výše uvedených poznatků vyplývá, že se klientka pomalu stávala sebejistější při rozhodování i při vlastní prezentaci. Vlivem vzájemného psychosociálního působení uvnitř skupiny stoupalo její sebevědomí a aktivita. Potřeba psychosociální podpory nebyla již tak markantní jako na počátku programu. Paní Jana v pravidelnosti vzájemných setkávání nacházela jistotu a řád, který byl důležitý pro její prožívání a naladění. Kladné aspekty emocionálního života příznivě ovlivňovaly somatické projevy.

## Paní Diana

Paní Diana trpěla Parkinsonovou chorobou téměř deset let. Této klientce bylo kolem padesáti let a svoji nemoc si ona sama spojuje s prožitými zátěžovými situacemi v rámci své vlastní rodiny, kdy žila v nejistotě a strachu o své děti, které neměla na blízku. V současné době se aktivně zúčastňuje a podílí na všech aktivitách v klubu Parkinson. Účastní se rehabilitačních pobytů, plavání v bazénu, logopedické intervence, zúčastnila se i výročního výstupu na horu Říp.

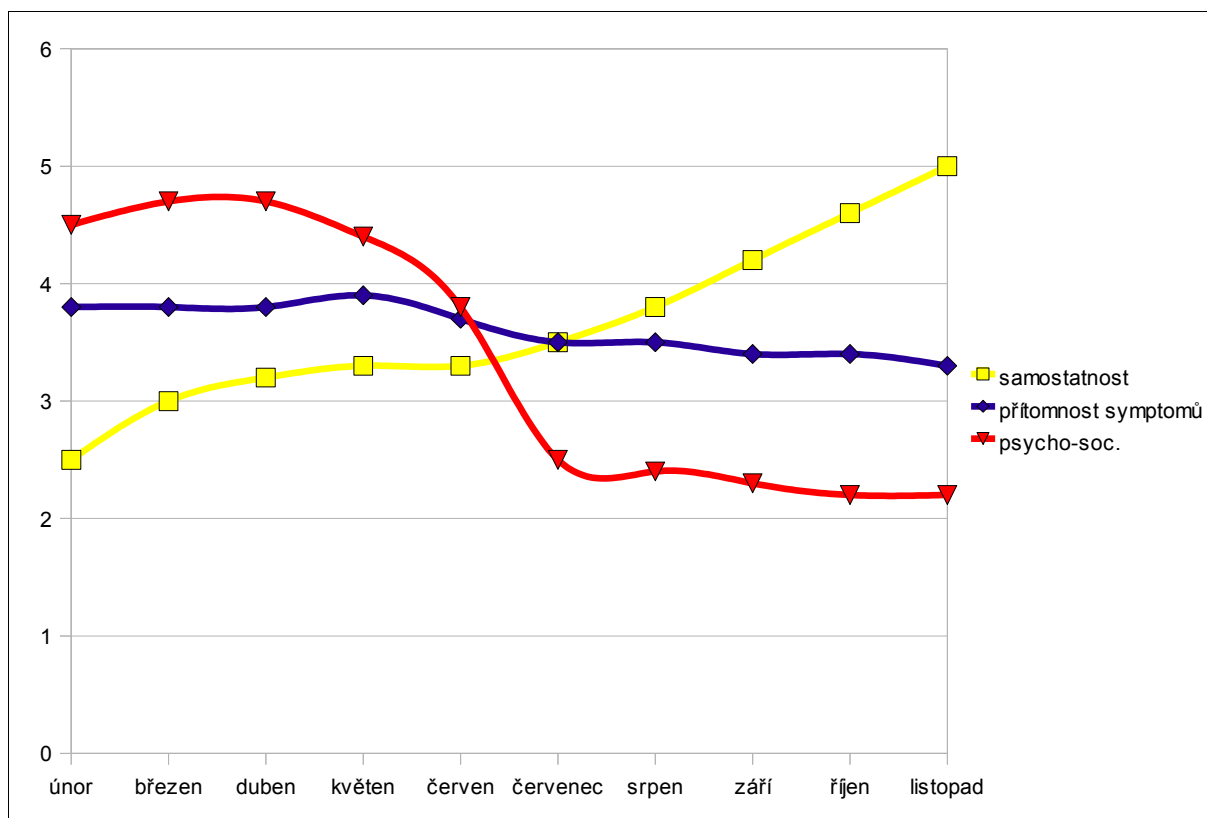
Mezi dominantní symptomy této klientky patřila ztuhlost celého těla, především v ranních hodinách, kdy měla velké problémy vstát a rozhybat se. Pro paní Dianu je cvičení podstatné pro rozhýbání ztuhlého svalstva. V opačném případě je pohyblivost velmi omezená. Paní Diana se ráda věnuje ručním pracím a svými výtvary častokrát potěšila také členy na hudebních setkáních.

**Tabulka č. 7: Klientka Diana - hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců**

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
Přítomnost symptomů	3,8	3,8	3,8	3,9	3,7	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3
psycho-soc.	4,5	4,7	4,7	4,4	3,8	2,5	2,4	2,3	2,2	2,2
samostatnost	2,5	3,0	3,2	3,3	3,3	3,5	3,8	4,2	4,6	5,0

**Tabulka č. 8: Klientka Diana – hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č. 4: Klientka Diana – sledované linie v průběhu 10 měsíců**

Pro klientku Dianu byl příznačný takzvaný freezing, neboli záraz v chůzi a překotná, zrychlená řeč. Někdy paní Diana působila nervózním a nerozhodným dojmem. Toto mohlo být způsobeno potížemi s rovnováhou a stabilitou. Postupně se klientka začala více soustředit na vlastní motorická cvičení, pod vlivem ostatních klientů, kteří otevřeně referovali svoje zkušenosti, si začala uvědomovat důležitost vlastních potřeb a jejich naplňování.

Od tohoto momentu byla mnohem více samostatná v individuálních činnostech. V této souvislosti se začala klientka více „opírat“ o skupinu. V počátku spolupráce nebylo uvědomění psychosociálního významu skupiny tak výrazné, klientka ještě neměla zkušenost s tím, že jí skupina tuto oporu může poskytovat. Vývojem vzájemného působení jednotlivců a jejich postupného stmelování nastal u klientky výrazný zlom v chápání významu skupiny a následovalo její sebeuvědomování a vyšší sebeprosazování. Paní Diana začala pociťovat jisté zlepšování motorických funkcí, zlepšoval se zejména stav ztuhlosti, který byl postupně dopředu odhalován a díky tomu si mohla klientka lépe plánovat vlastní aktivity a především mohla těmto stavům předcházet. Paní Diana se stala stabilizujícím členem skupiny, vždy přišla s dobrou náladou, novými nápady a především s nabídnutou pomocí pro ostatní.

## Paní Ema

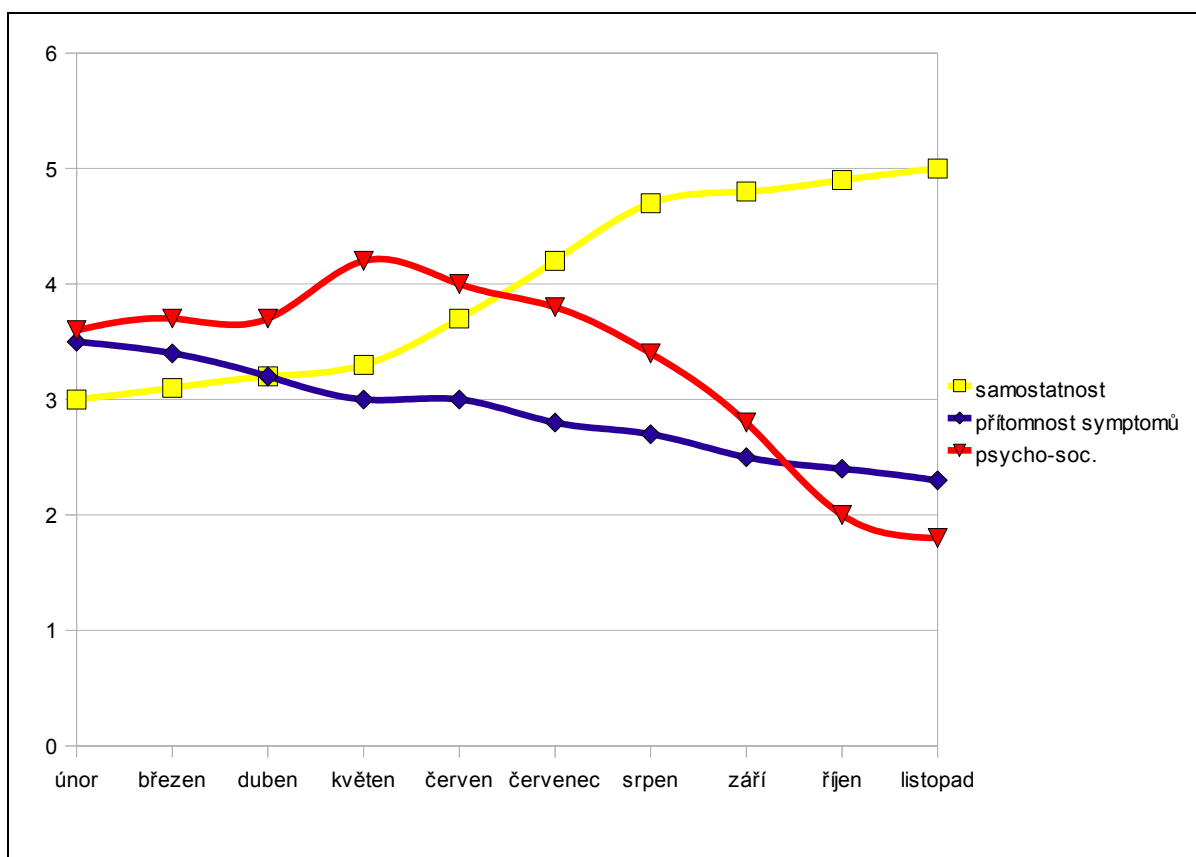
Paní Ema patřila od počátku mezi ty členy skupiny, kteří díky svým dosavadním hudebním zkušenostem, měli snazší orientaci v nabídce hudebních aktivit skupiny. Tato klientka pocházela z hudební rodiny, a proto pro ni bylo přirozené pracovat s hudbou a hudebními činnostmi. Vždy se ochotně zapojovala do muzikoterapeutických aktivit, její nadšení bylo viditelné a následné posilování její samostatnosti se projevovalo pozitivním zhodnocením vlastních motorických funkcí.

**Tabulka č. 9: Klientka Ema – hodnocení sledovaných linií v průběhu 10 měsíců**

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
Přítomnost symptomů	3,5	3,4	3,2	3,0	3,0	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3
psycho-soc.	3,6	3,7	3,7	4,2	4,0	3,8	3,4	2,8	2,0	1,8
samostatnost	3,0	3,1	3,2	3,3	3,7	4,2	4,7	4,8	4,9	5

**Tabulka č. 10: Klientka Ema – hodnotící škály**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č. 5: Klientka Ema – sledované linie v průběhu 10 měsíců**

Linie grafu č. 5 poukazují na efektivitu cíleného hudebního programu, kdy sledované funkce se vyvíjely pozitivním směrem a ve vzájemné souhře.

Paní Ema zpočátku patřila mezi submisivní členy skupiny. Díky postupnému pronikání mezi ostatní klienty se začala ve skupině více prosazovat. Podporovala ostatní v jejich činnostech, nabízela pomoc při výběru vhodných aktivit či poslechových hudebních skladeb. V momentě, kdy si tato klientka dokázala vnitřně přiznat vlastní pozitivní invenci do skupiny, nastal také zlom v jejím prožívání a chování. Postoje a názory začaly nabývat na kvalitě, byla schopna veřejně sdělit vlastní názor a ten také obhájit. Tímto sebejistým způsobem se začala projevovat v krizovém období, kdy díky nesouladu, který proběhl uvnitř skupiny, byla soudržnost mezi členy přechodně narušena. Právě tyto momenty byly vnímány jako nejcenější důkaz psychosociálního podpůrného významu skupiny.



### 2.4.3 Popis klienta

Pro účely této práce byl obraz klienta znečitelněn, byla provedena změna jména i aktuálního věku.

Klientka, která je v této práci nazývána Jana, byla doprovázena studentem po dobu 10 měsíců. Jedná se o ženu ve věku kolem 70 let, nemocnou Parkinsonovou chorobou.

Veškeré informace týkající se jejího života byly získávány postupně, formou rozhovorů v průběhu pravidelného setkávání a prostřednictvím telefonické či elektronické korespondence.

Jana se ochotně zapojila do edukační muzikoterapie a téměř vždy se jí účastnila. Ve skupině se Jana držela většinou stranou, působila tiše, plaše, muzikoterapeutické dění kolem sebe spíše pozorovala. Pokud byla vyzvána k akci, zapojila se, ale vždy jen na chvíli. Její introvertní povaha ji uzavírala do sebe, nedala prostor k emočním projevům. Jana často odpočívala, někdy přišla unavená nebo únava nastala v průběhu setkání.

Příznaky Parkinsonovy choroby dominovaly v oblasti rigidity a bradykinéze. Z bradykinetických projevů se zejména projevovala hypokinéza, charakteristická zmenšením amplitudy pohybu, a to dolních končetin a prstů na ruku. Rigidita byla pozorována zejména ztuhlostí svalů dolní poloviny těla, což se projevovalo neschopností pohybu dolních končetin, obtížnou či znemožněnou chůzí.

Pozorováno bylo také nepřirozené, flekční držení trupu. Výrazné byly posturální poruchy ve smyslu obtížného udržení stability ve stoji, ale i při hudebních aktivitách. Klientka proto pracovala spíše v sedě či s častými přestávkami. Zaznamenány byly také potíže s pohybovými bloádami, díky nimž byl pohyb znemožněn v průběhu nebo při změnách směru chůze. Dominantním prvkem chůze byla nejistá, širší stopa s kratšími „šouravými“ kroky. Kvalita pohybu byla výrazně závislá na medikamentózní léčbě.

Výrazná byla také hypomimie, kdy svaly obličejové části částečně znemožňovaly zrcadlení vnitřních prožitků prostřednictvím odpovídající mimiky.

Problémy měla klientka také v oblasti řeči, zejména byla pozorována hypofonie a prosodie. Hlas klientky byl tichý, nevýrazný, zvukový charakter výslovnosti byl setřelý.

Z non-motorických příznaků byly klientkou popisovány potíže vegetativních dysfunkcí, především ve smyslu obstrukce a hypersalivace, ztíženého dýchání a spánkových poruch.

Klientka trpěla také psychickými změnami, které se projevovaly především úzkostnými pocity a depresemi. V kognitivní oblasti byly zaznamenávány potíže s koncentrací pozornosti, a to zejména v situacích, které vyžadovaly nárok na řešení problému. V takovém případě se klientka cítila slabá, fyzicky vyčerpaná, nejistá.

Předností této klientky byla její pevná vůle, odhodlanost překonávat potíže, vytrvalost a pečlivost. Vždy měla snahu „dotáhnout věci do konce.“

Klientka měla Parkinsonovu chorobu diagnostikovanou od svých šedesáti let, kdy se objevily první příznaky. Trápila ji intenzivní bolest ramene a posléze celé pravé paže. Z počátku byla nastavena rehabilitační péče, která byla neúčinná. Po vyšetření na neurologii byla záhy stanovena diagnóza Parkinsonovy nemoci. Od prvních příznaků do stanovení diagnózy uplynuly pouze čtyři měsíce, v jejichž průběhu se přidružily obtíže s dýcháním a začaly se objevovat výpadky hybnosti a pocity ztuhlosti. Nepříjemná ztuhlost celého těla negativně ovlivňovala kvalitu života. Omezení pocítovala při každodenních činnostech, při sebeobsluze, při přesunech po bytě i mimo domov. Nejhorší stavy prožívala především v noci a v ranních hodinách. V průběhu dne se projevovala únava a tuhé končetiny neschopné pohybu. Chůze byla těžkopádná, kolébavá, nohy se špatně ohýbaly v kolenou. Současně se přidružovaly potíže s dýcháním, mluvou a vylučováním. Obtížné dýchání mohlo být zřejmě způsobeno spasticitou svalů, mimo jiné i v mezižeberní oblasti, což mohlo negativně ovlivňovat funkci hrudníku, a tím i kvalitu dýchání. Potíže s dýcháním byly jedny z prvních příznaků počínající nemoci. Stav se zhoršoval při stresu nebo při nepřesně dodrženém intervalu mezi jednotlivými dávkami léků. Užívání léků bylo původně stanoveno po 3 hodinách, později lékař změnil interval dávkování na každé 2,5 hodiny. Tuto změnu Jana vnímala pozitivně, cítila se lépe.

Jana se zpočátku odmítala smířit s faktem, že onemocněla Parkinsonovou chorobou, obávala se o svoji budoucnost, jelikož věděla, že nebude mít vedle sebe osobu, o níž by se mohla opřít, a která by jí byla nápomocna v těžkých obdobích, které nemoc přináší. Objevovaly se deprese, pocity sklíčenosti a bezmoci. Tyto stavy s sebou přinášely zhoršení fyzického stavu. Jana se postupně seznámila s lidmi stíženými stejným či podobným osudem a začala na sobě pracovat. Začala chodit na rehabilitační pravidelné cvičební lekce,

navštěvovala logopeda a zapojila se do muzikoterapeutického projektu. Při rozhovorech byla vždy vstřícná a příjemná. Preferovala užší kontakt před veřejným sdělováním vlastních pocitů a osobních informací.

Na základě výše zjištěných a poznanych skutečností bylo zřejmé, že pro tuto klientku byla volba individuálního muzikoterapeutického vedení opodstatnělá a velmi potřebná.

### **Klient v kontextu celé skupiny**

Klientka ve skupině působila dojmem tichého klidného člověka. Vzhledem ke své introvertní povaze neměla akutní potřebu sdělovat veřejně své pocity. Z tohoto důvodu byla možnost individuálního přístupu pro ni velmi důležitá. Potřebovala získat oporu a důvěru, aby mohla své problémy, pocity a potřeby upřímně sdělovat a efektivně spolupracovat se svým doprovodným studentem.

Jana se zapojila do všech aktivit ve skupině, od počátku vnímala naše společné snažení jako příjemnou změnu ve svém životě. Pravidelnost setkávání jí zaručovala určitou jistotu a řád. Vždy se zajímala o termín další schůzky, aby si mohla zorganizovat svůj program, lékaře apod. Na schůzkách se držela většinou v ústraní, pozorovala aktivity a nenápadně se do nich zapojovala.

Psychický i fyzický stav se v průběhu setkání často měnil. Náhlé změny přicházely během relaxace nebo diskuze v podobě únavy, ztuhlosti končetin či zhoršeného dýchání. Občas si stěžovala na zvýšený slinotok v koutcích úst a zhoršenou mluvu. Tyto projevy choroby ji znejišťovaly při interakci se skupinou, bylo jí nepříjemné, pokud na ni byla poutána pozornost ostatních.

Mezi dominantní potíže klientky patřily, kromě motorických dysfunkcí, jednoznačně problémy s vlastními hlubinnými zraněními, které se manifestovaly v podobě nejistoty, nízkého sebevědomí a jistou izolací od okolního světa. Účast na pravidelných hudebních setkáních jí pomáhala poznávat etiologii těchto potíží, lépe zvládat ataky své choroby a současně se učila zmírňovat její důsledky.

Potíže klientky byly postupně rozkrývány a na základě identifikace byly zvoleny individuální hudební aktivity s orientací na kladné emoční naladění. Poznatky získané zvolenými metodami vykazovaly jednoznačnou potřebu klientky nejprve posílit její osobnostní hodnotový systém a zároveň zlepšovat, s tím úzce související, celkové prožívání.

Vlivem skupinových setkání i následné telefonické či mailové korespondence, které bylo klientkou vnímáno pozitivně, byla patrná změna v dílčích somatických i psychických projevech.

Využití individuálních hudebních aktivit ve spojení s psychosociální podporou se projevovalo postupným zlepšováním psychického rozpoložení klientky. Na skupinových setkáních byla více přístupna otevřené diskuzi, vstřícnější k nabízeným podpůrným aktivitám. Díky pravidelné zpětné vazbě byla schopna si uvědomit vlastní pokroky a objektivně je zhodnotit. Tato činnost klientce pomáhala s identifikací vlastní jedinečnosti, s poznáváním vlastních hodnot a s posilováním svého sebevědomí. Se získáním těchto dovedností úzce souviselo také postupné zlepšování motorického aparátu sledované klientky.

Klientka na základě vlastní introspekce uváděla zlepšení motorických funkcí po provedené hudební aktivitě, která byla v souladu s jejím naturelem. Kladně vždy hodnotila rytmické a svižné melodie. Při těchto aktivitách zaznamenávala zlepšení motorických funkcí a momentálního stavu. Bradykinetické projevy byly umírněny vlivem rytmizace a celkovým psychickým odreagováním. Nutnost odpočinku při činnostech a náhlé ataky únavy byly ale stálými doprovodnými jevy, provázejícími téměř každé společné setkání. Vegetativní poruchy se však nadále negativně podílely na kvalitě života klientky.

Řečový projev klientky vykazoval stále častěji pozitivní posun. Tyto stavy byly úzce spjaty s momentální medikací. Paní Jana byla postupně schopna souvislé komunikace, s jasnější dikcí i výrazem sdělení.

Vzhledem k hypomimii, která byla popisována v počátku spolupráce, bylo těžké odhadnout emoční ladění klientky. Vlivem postupného pronikání do problematiky Parkinsonovy choroby a jejích možných důsledků, byl doprovodný student, autorka práce, schopen lepší orientace v klientových projevech. Na základě poskytnutých vzájemných rozhovorů se dařilo více uchopovat problematiku nemoci, odhadovat možnosti spojené s muzikoterapeutickým působením a volit adekvátní přístupy. Student, autorka práce, spolupracující s touto klientkou, nacházel jasnou a kladnou odezvu především ve sféře emoční a motorické. Vegetativní a některé non-motorické projevy nebylo možné na této úrovni upravit. Přesto je možné konstatovat, že klientka vnímala vzájemnou spolupráci velice pozitivně a její aktivita i kvalita života měla vzestupný charakter.

## Hudební aktivity klienta ve skupině

Klientka upřednostňovala rytmickou taneční hudbu, při rozhovorech popisovala pocity uvolnění a celkového zlepšení momentálního stavu zejména při poslechu a produkci skladeb se svižným, výrazným rytmem. Dále popisovala psychické odreagování pokud se na skupině realizovaly humorné scénky, neverbální aktivity či rytmické aktivity s hudebními nástroji. Těchto aktivit se ale raději účastnila pouze v roli pozorovatele, a to zřejmě z důvodu nedostatečného sebevědomí či absence víry ve své vlastní schopnosti. Pokud nastala situace, kdy měla Jana předvést samostatně nějaký úkol, zdráhala se a předem se omlouvala za své nedostatky díky nimž by údajně nebyl její výkon perfektní. Její obavy byly, jak se několikrát potvrdilo, naprosto zbytečné. Jana bravurně zvládla zachytit rytmus bubínku i samostatně určovat tempo při vlastním emočním sebevyjádření. Skupina ji odměnila potleskem a slovy uznání za odvalu a výkon. Ona ho však ještě zpětně zhodnotila jako nepovedený.

Ze společných aktivit hodnotila kladně především ty, které probíhaly ve skupině a které nevžadovaly vlastní invenci a improvizaci. Proto upřednostňovala ty aktivity, které měly předem jasně určenou posloupnost a pravidla. Mezi ně patřilo snímání pohybu rukou a prstů, překreslování geometrických tvarů podle připravených vzorců, společné rytmy textů a relaxační poslechové chvíle.

Tyto aktivity byly připraveny a přesně instruovány, byly konzultovány se supervizory a prováděny na základě různých předchozích hudebních aktivit.

Aby hudba mohla přinést pozitivní efekt, bylo důležité citlivě hledat vhodné formy hudebních činností, maximálně individualizovat přístup ke klientovi, nenásilně a jemně ho posunovat k vlastní aktivitě, hudbu nabízet nenásilně a postupně.

Důležitým faktorem, díky kterému bylo možné pokračovat ve společné práci, byla zpětná introspekce klienta. Ta byla podmíněna schopností zvládnout rekapitulaci činností, které byly prováděny na setkáních i v domácím prostředí. Bylo důležité provádět sebekontrolu a zhodnotit si své úspěchy, ale také nezdary. Od těchto momentů se mohla dále odvíjet linie další spolupráce, která si kladla za cíl nalezení vhodných hudebních aktivit, jež by pomohly klientům zkvalitnit život ztížený Parkinsonovou chorobou.

V případě klientky Jany byla spolupráce založena od počátku na vzájemné důvěře. Vzájemná souhra mezi klientem a studentem byla nejlepším prostředkem ke kvalitnímu

poznání potřebné podpory, ke zpracování kvalitního hudebního programu, jeho sledování, úprav a postupných inovací.

### **Proces stanovení individuálních hudebních aktivit**

Klientka byla při stanovování individuálních hudebních aktivit samostatná a velmi specificky vybírala své aktivity. Upřednostňovala hudbu ve stylu country, temperamentní a svižné melodie s jasným a pravidelným rytmem.

Díky rozhovorům se prokázalo, že hudbu pouze poslouchá nebo ji sleduje ve sdělovacích prostředcích, televizi či v rádiu. Významně byla oslabena její vlastní produkce. Občas, pokud byla sama, zkoušela si zpěv či broukání, ale neodvážila se zapojit také pohybovou aktivitu. V rozhovorech dále uvedla, že pokud cítila, že nastane ztuhlost a pokusila se o jednoduchou hudební či pohybovou činnost, pak zaznamenávala uvolnění těla a zlepšení stavu. Aktivizace tímto způsobem jí přinášela zároveň i psychickou vzpruhu a lepší emoční naladění. Provázání tělesných a psychických procesů se projevovalo v kladném i v negativním směru. Pokud klientka popisovala potíže se ztuhlostí těla, byla v jistém ustrnutí také psychika a emoce. Bylo proto více než nutné povzbuzovat takového člověka k vlastní aktivitě. Pomoci mu překonat nepříjemné stavy, čelit útokům nemoci jeho vlastní iniciativou, v ideálním případě se naučit těmto stavům předcházet.

Klientce byl vytvořen hudební program, který ji měl především motivovat k činnosti. Student ve spolupráci se supervizory vycházeli z faktu, že u žádného klienta nelze uplatňovat obecné vzorce a že momentální psychický stav paní Jany byl v určité rezignaci, až apatii. Struktura programu byla proto jednoduchá, z důvodu snadnějšího plnění a dodržování dílčích aktivit, které měla vykonávat. Předpokládalo se, že v momentě, kdy by klientka nabyla dojmu, že požadované aktivity nezvládne, přestala by spolupracovat. Proto musely být aktivity jednoduché, jasně srozumitelné a příjemné.

Při tvorbě hudebního programu pro paní Janu byly veškeré kroky konzultovány s neurologem MUDr. Petrem Duškem, který spolupracoval se studenty a s Mgr. Jitkou Pejřimovskou, která zajišťovala odborné vedení studentů v oblasti hudební reedukace. Vzhledem k tomu, že klientka v tuto dobu prožívala těžké životní období, které by se mohlo charakterizovat až existenciální krizí, byl pro ni podstatný již samotný fakt, že byla k činnosti namotivována, a že začala spolupracovat. Již tento moment lze považovat za pozitivní efekt vzájemné spolupráce. Do budoucnosti se jevil reálně předpoklad modifikace hudebního

programu směrem k vyšší obtížnosti vřazováním žánrově náročnějších skladeb, a to tak, aby jeho hudební aktivity byly cílenější.

Při tvorbě hudebního programu byl využit okruh žánrů a aktivit, které klientka upřednostňovala, a u kterých byl reálný předpoklad, že je bude vykonávat.

Mezi aktivitami v jídelníčku mělo velký prostor broukání, které klientka uvedla jako činnost, kterou již sama zkoušela a měla s ní dobrou zkušenost. Podle jejích slov byla tato forma pro ni nejpříjemnější a nejsnazší, jelikož ji bylo možné vykonávat i v případě, že nastal stav ztuhlosti, který znemožnil jakýkoliv pohyb těla. V tomto případě bylo vhodné využít této aktivity k navození pocitu úlevy a uvolnění celkové rigidity těla.

Technika broukání byla vhodná jako funkční element umožňující vnitřní vibrace v těle. Aktivita musela být cílená a klient by měl díky vlastnímu přičinění pocítit úlevu. Tuto hudební aktivitu bylo třeba nejen pasivně přijímat, ale především být tvůrcem a aktérem. Pouze vlastní invence klienta, kdy on sám aktivity produkoval a tvořil, měla schopnost stimulovat motorické funkce a příznivně působit na celkový stav.

Paní Jana uvedla, že pokud si broukala své oblíbené melodie a setrvala v aktivitě alespoň patnáct minut, pak pocítovala skutečnou úlevu a mírné zlepšení.

Na základě těchto vypořizovaných a výše popsanych skutečností, bylo možné se odrazit při tvorbě individuálního hudebního programu pro paní Janu.

Vzhledem k jejím osobnostním i životním potřebám bylo doporučeno začínat pomalu, zvolna, ale s pravidelnou a důslednou kontrolou. Kontrola byla v tomto případě důležitým aspektem. Od ní se odvíjela systematicklost a dostavovaly se dílčí úspěchy. Klientka si na základě zápisků a jejich kontroly uvědomovala svůj pokrok, který s sebou přínášel motivaci a povzbuzení k vytrvání v činnosti.

Pro další fáze byla plánována postupná modifikace, která by zohledňovala postřehy klientky z plnění hudebního programu, úspěšnost a efektivitu aktivit.

### **Hudební program klientky**

- V ranních hodinách bylo klientovi doporučeno pobroukávání oblíbených melodií, sama nebo s CD, jednalo se zejména o písně s táhlým tempem a volnějším rytmem, s texty s emotivním nábojem. Tato část hudebního programu byla cílena pro dobu, než zaberou ranní léky.
- Jako další denní aktivita byla navrhnutá klientovi rytmická hudba, doplněna tancem, podupy, vytleskáváním rytmu s možností využití bubínku či jiného nástroje. S touto aktivitou souvisí možnost vlastního zpěvu, poslechu oblíbených skladeb s využitím CD či jiného média (country, latin.americké rytmy, tango). Tato část byla určena pro aktivizaci mozku i těla, bylo žádoucí a velmi vhodné zařazovat ji tehdy přichází-li únava, ztuhlost či ospalost. Bylo možné tedy využívat tuto aktivitu jako formu prevence i aktivizace v různých denních fázích.
- Pro večerní zklidnění, rozjímání a sebepercepci klienta byla stanovena aktivita s dávkou vibrací, tedy opětovné broukání, které pozitivně působilo při vnímání sebe sama.

Tento hudební program byl speciálně tvořen pro člověka, který více než co jiného potřeboval získat podporu a víru v sebe sama. Paní Jana byla velice citlivá a musela se vyrovnávat s osamělostí a s těžkým životním obdobím. Potřebovala zažít úspěch, aby její ego pocítilo radost ze sebe samého, aby byla pyšná na svůj výkon, a na to, že dokázala pracovat samostatně. Klientka potřebovala jasný důkaz toho, že zvolená aktivita má svůj opodstatnělý význam. K tomu účelu byl vytvořen program, kde navrhované aktivity byly v souladu s jejím naturelem a přesvědčením.



## **2.5 Shrnutí výsledků**

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda hudba a popřípadě jaká hudba, má vliv na kvalitu života osob s Parkinsonovou chorobou.

Pro účely práce se předpokládalo, že hudba bude pozitivně ovlivňovat kvalitu života osob s Parkinsonovou chorobou.

Dále se předpokládalo, že určitý druh hudby bude pomáhat osobám s Parkinsonovou chorobou při konkrétních sebeobslužných činnostech.

Po shrnutí získaných informací a poznatků, které autorka práce shromažďovala, analyzovala a aplikovala v praktických činnostech ve spolupráci se sledovanou skupinou a souběžně se „svým“ klientem, lze konstatovat, že cíl práce byl bezesporu naplněn a stanovené předpoklady se potvrdily.

Oprávněnost výše uvedených tvrzení si dovoluje autorka práce podrobněji popsat v následující kapitole „Vliv hudebních aktivit na skupinu“, kde se pokusí vystihnout pozitivní vlivy hudebních aktivit jednak na skupinu jako celek a zároveň na jednotlivé klienty. Nejpodrobněji bude vliv těchto aktivit zmapován v kapitole „Vliv hudebních aktivit na kvalitu života sledovaného klienta“, kde autorka práce popisuje zlepšení jednotlivých symptomů u klientky, se kterou individuálně pracovala po dobu 10 měsíců.

### **2.5.1 Vliv hudebních aktivit na skupinu**

Kvalita života je bezesporu ovlivněna mírou a intenzitou motorických symptomů. V případě Parkinsonovy choroby je nutno zdůraznit, že kvalita života sama o sobě těsně souvisí také s příznaky non-motorickými a s psychosociálním vřazením jedince do jejího sociálního kontextu.

Během 10 měsíců společné práce se vyprofilovaly tři významné obsahové linie – linie vlivu hudebních aktivit na motorické příznaky, vztah klienta ke skupině, jako k ochrannému prostředí a samostatnost v provádění domácích hudebních aktivit. Průměrný podíl těchto aktivit u jednotlivých klientů nám ukazuje tabulka č. 11 a graf č. 6. V procesu práce se vyprofilovalo zjištění, že existence provázanosti mezi psychosociálním prožíváním a motorickými a non-motorickými příznaky, podporuje předpoklad projektu, kde se hudební aktivity pro domácí režim předávaly klientům současně s psychosociálním doprovázením

studenta–edukátora a vedoucího týmu. Lze uvažovat, že bez této práce by samostatné hudební aktivity Parkinsoniků nebyly jimi ani akceptovány. Během vzájemné spolupráce mezi klienty, studenty a supervizí, byly stanoveny individuální hudební programy pro osoby s Parkinsonovou chorobou. Ty byly cíleně vřazovány do jejich každodenního režimu, hudební aktivity byly postupně modifikovány a jejich provedení mělo kvalitativnější charakter. Jasným dokladem byly výpovědi klientů o pociťovaných a identifikovaných pozitivních hudebních činnostech. Efektivita vzájemné spolupráce byla prezentována klienty ve vzájemných rozhovorech a zároveň byla manifestována při souvislých pozorováních na hudebních setkáních. Hudební aktivity a souběžná psychosociální podpora se individuálně projevovaly na prožívání i chování klientů. Ti se na základě získaných kompetencí začali více seberealizovat, stávali se jistějšími při řešení svých v životních situacích.

Klienti získávali zkušenosti s možnostmi, které jim skupina poskytovala. Učili se o ni opřít v krizových situacích, nalézali v ní sociální prostor, jenž se naučili postupně využívat jako způsob psychosociální opory. Byl zde vytvořen velmi úzký vztah mezi všemi zúčastněnými, který zabezpečoval všem možnost „otevření se“, sdílení a vzájemného pochopení. Lidé si zde mohli sdělovat své osobní zkušenosti s domácími hudebními aktivitami, popisovali svoje úspěchy i nezdary, společně se řešila mnohá úskalí související s plněním těchto aktivit. Ve skupině se společně řešily zážitky z rodinných či společenských akcí, ale také možnosti lidí s postižením, jejich obavy z budoucnosti i z nemoci samotné. Se vzrůstajícím vědomím psychosociální opory skupiny se zvyšovala také její stabilita, koheze a klienti, jakožto jedinci, současně nabývali větší samostatnosti a sebejistoty.

Hudební aktivity byly významnou a podstatnou součástí každého setkání s lidmi zapojenými do projektu, jenž si kladl za cíl zkvalitnit život osobám trpícím Parkinsonovou chorobou. Aktivity byly cíleny na tři základní linie, které se vzájemně prolínaly a doplňovaly.

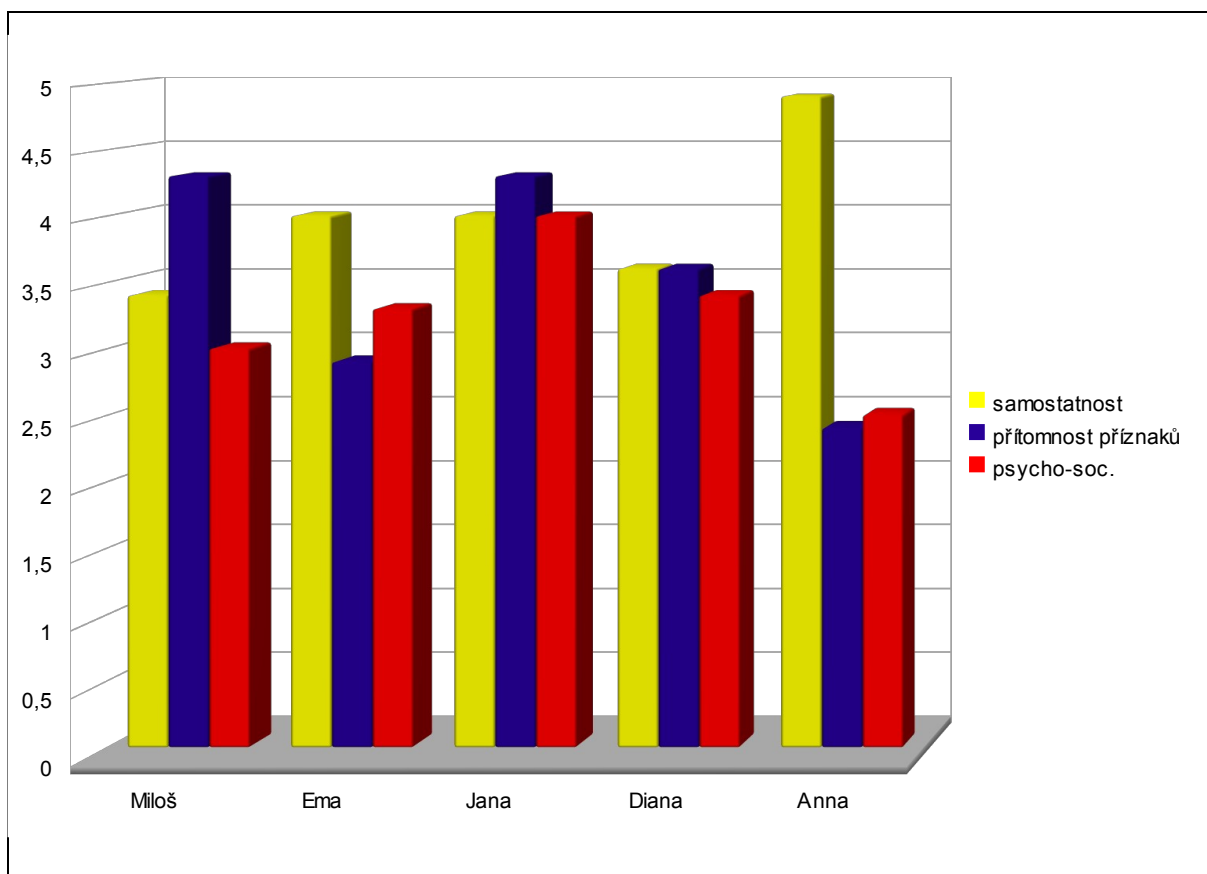
Následující tabulka č. 11 a graf č. 6 poukazují na skutečnost, že sledované linie (přítomnost motorických symptomů, potřeba psychosociálního dění ve skupině a samostatnost v domácí práci) mají na sebe jistou návaznost. Linie byly pro každého klienta sledovány samostatně a v níže uvedeném grafu jsou uvedeny jejich průměrné hodnoty. Tyto poukazují na skutečnost, že pokud se klientovi podaří dosáhnout zlepšení v jedné oblasti, pak se toto následně zrcadlí také v ostatních sledovaných oblastech, kde posléze dochází k dílčím pozitivním pokrokům klientů.

**Tabulka č. 11: Souhrn průměrných hodnot**

	Přítomnost symptomů	psycho-soc.	samostatnost
Miloš	4,3	3,0	3,4
Ema	2,9	3,3	4,0
Jana	4,3	4,0	4,0
Diana	3,6	3,4	3,6
Anna	2,4	2,5	4,9

**Tabulka č. 12: Hodnotící škály pro souhrn průměrných hodnot**

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



**Graf č. 6: Souhrn průměrných hodnot**

Graf č. 6 vyjadřuje shrnutí průměrných hodnot jednotlivých klientů, díky nimž lze pozorovat ústup motorických i non-motorických příznaků. Toto shrnutí bylo založeno na poznatcích, které byly získány díky pozorováním a rozhovorům použitých v osobní či v elektronické komunikaci. Shrnutí nabízí globální pohled na konkrétní klienty s využitím jejich přímé exemplifikace, jakožto dokladu uvědomění si efektivity prováděných aktivit.

### **Pan Miloš**

U tohoto klienta se podařilo mírnit pomocí hudby jeho motorické příznaky, především třes rukou a asynchronizaci pohybů. Díky zvládnuté rytmizaci se klient také učil zvládat obtíže spojené s freezingem, učil se lépe korigovat svůj řečový projev, který se postupně stával více jistějším a méně překotným. Vlivem hudebních aktivit se pan Miloš stával emočně stabilnějším, vyrovnanějším ve svém osobním životě, byl ale stále výrazně „závislý“ na opoře skupiny a jejích jednotlivých členů.

Pan Miloš říká: *„...je důležité, abychom se dokázali mezi sebou domluvit, poradit si a navzájem si pomáhat. Podpora lidí ve skupině mi pomohla překonat obavy z výrazných projevů mé nemoci a mou nesmělost.“*

### **Paní Anna**

Motorické příznaky se u paní Anny sice výrazně nemanifestovaly, přesto lze konstatovat, že vlivem hudby se klientka dokázala stabilizovat, učila se správně odpočívat, relaxovat, a tím předcházet závratím a pádům, hrozcím při přepětí či stresu. Tyto stavy popisuje: *„...miluji relaxaci při poslechu japonské flétny, vnímám táhlé tóny se zavřenýma očima, cítím úlevu a uvolnění.“*

*„Když tančím, cítím se dobře, moje pohyby jsou lepší, únava je pryč! Pojdme tančit, všichni! Dejme se do práce, udělejme něco pro sebe, funguje to!“*

### **Paní Diana**

Mezi dominantní motorické příznaky paní Diany patřila svalová ztuhlost, freezing, neboli záraz v chůzi, potíže v oblasti řeči, a to zejména překotnost až nesrozumitelnost. Dále se objevovala nestabilita pohybu, která mohla být podmíněna celkovou nejistotou a nerozhodností klientky. Paní Diana se díky individuálním domácím hudebním aktivitám, které vyžadovaly pravidelnost a systematičnost, dokázala soustředit na své potíže a ty cíleně zlepšovala. Znatelné bylo především zlepšení v oblasti řeči, na kterém měla markantní podíl

hlavně rytmizace, hra na tělo a vlastní zpěv. K tomu sama udává: „...*hudba mi pomáhá překonat každodenní úskalí mého života. Snažím se zvládnout domácnost, rodinu, nechci být sama. Někdy jsem tak ztuhlá, že se mi nic nedaří, ale když se překonám a pustím si něco pěkného, mám pocit, že to funguje, uleví se mi, dostanu chuť se s tím poprat!*“

### **Paní Ema**

Tato klientka se dokázala díky hudbě a hudebním aktivitám, které ona sama velice kladně hodnotila již v průběhu každého setkání, výrazněji prosazovat v kontextu celé skupiny. Z počátku nenápadná submisivní žena se postupně stávala jistotou a oporou pro ostatní členy. Její pozice nabývala na významovosti, což dokazovaly zpětné vazby a reflexe ostatních. Její nadšení pro prováděné aktivity „strhávalo“ ostatní klienty a pozitivní hodnocení jim dávalo motivaci pro jejich vlastní činnosti. Motorické příznaky paní Emy se zlepšovaly díky hudebním aktivitám, zdůrazněn byl především akcent na pravidelnou a důslednou domácí samostatnou aktivitu, která se následně projevovala jako významný aktivátor pro zvládání stability a synchronizace pohybů klientky.

Paní Ema spojila svůj život s hudbou již dávno, přesto ji naše společné hudební aktivity pokaždé nadchly a přinesly nové poznatky a zkušenosti, říká: „...*je dobré využívat hudbu, díky ní se pak lze dívat se na svoje problémy jinak, jakoby shora, odpoutat se od těla. Pouštím si hudbu, kterou mám ráda a moje strasti se pak nezdají tak hrozné, hudba mě dokáže přeladit, pokaždé se od ní něčemu novému naučím.*“

### **Paní Jana**

Velkou předností této klientky byla bezesporu její důslednost a cílevědomost. Díky své sebekázni se dokázala „přenést“ přes mnohá životní úskalí, které ji provázely i v období 10 měsíční spolupráce ve skupině. Míra přítomnosti motorických symptomů byla vždy ovlivněna jejím momentálním stavem psychickým, fyzickým, medikací či náhlým zvratem zdravotního stavu. Vlivem pravidelnosti a systematičnosti prováděných aktivit v domácím prostředí se paní Janě podařilo postupně zvládat svalovou ztuhlost, která ji velmi omezovala, její pohyby byly jistější a plynulejší. Paní Janě se také dařilo více projevovat své pocity, a tím odplavovat depresivní nálady a stavy, mimika klientky stále častěji vykazovala přítomnost emocí, díky rytmizaci řeč nabývala jistějšího projevu.

Vlivem získaných hudebních zkušeností se paní Janě otevřel nejen jiný pohled na svoji nemoc, ale především na svůj život. Vnímáním vlastních pokroků v oblasti hudební reedukace

se stávala citlivější ke svým vlastním potřebám, naučila se rozdělovat si své povinnosti, být asertivnější vůči tlaku okolí, radovat se ze společnosti svých blízkých, najít si čas na odpočinek, píše: „...*pouštěla jsem si CD, udělali jsme si s vnoučaty disco! Bylo to fajn, bavili jsme se, vyřvávali, poskakovali. Bylo mi dobře!*“

Z této sumarizace, která vychází z kapitoly 2.4.2 „Jednotlivci ve skupině“ je patrný pozitivní efekt hudebních aktivit na kvalitu života i na samotné příznaky motorické a non- motorické u osob trpících Parkinsonovou chorobou.

Vlivem dlouhodobé spolupráce studentů, klientů a supervizorů, bylo možné pozorovat zlepšení motorických i non-motorických funkcí všech členů skupiny. Změny se projevovaly individuálně, s různou intenzitou a kvalitou. Toto bylo zcela přirozené vzhledem k rozdílným dispozicím jednotlivých členů skupiny. Každý k činnosti přistupoval s jinými představami a zkušenostmi. V souhrnu nelze určit konkrétního člena, který by vykazoval nejmarkantněji zlepšenou funkci. Každý klient ve spolupráci se svým doprovodným studentem se zaměřil na tu oblast, kterou považoval za podstatnou. Lze však s jistotou říci, že u všech klientů se vliv hudebních aktivit a psychosociální podpory projevil kladně a pomohl jim zlepšit funkce ve sledovaných oblastech, tj. samostatnosti, motoriky a potřebné seberealizace.

Následuje kapitola, která představuje část kazuistické ilustrace, která detailněji přibližuje vliv hudebních aktivit na kvalitu života a na symptomy klientky, individuálně vedené autorkou práce.

## **2.5.2 Vliv hudebních aktivit na kvalitu života sledovaného klienta**

Celkový projev klientky se postupně zlepšoval. Počáteční hypomimie pomalu ustupovala, v tváři paní Jany se stále častěji zrcadlily vnitřní prožitky, postupně se dokázala uvolnit. Na společných setkáních, se díky stoupajícímu sebevědomí, zapojovala i do hudebně dramatických činností, a tím se učila dávat průchod svým emocím, kladným i záporným. Skupina tento fakt vnímala velmi pozitivně a vždy Janu po takto zvládnuté aktivitě náležitě ocenila. Vzájemná podpora ve skupině nabývala na významu a tato skutečnost paní Janu velmi pozitivně ovlivňovala.

Postupně se učila zvládat náhlé stavy ztuhlosti, pracovala především na zvládnutí techniky předcházení těchto stavů. Učila se rozhýbávat ztuhlost končetin i celého těla hudebními technikami. Jak sama uváděla, nejvíce jí pomáhalo broukání a poslech hudby v rychlejším

pravidelném rytmu. Po zvládnutí ostychu z vlastního nezdaru, se naučila zvládat „vnitřní zpěv“. Díky vlastní angažovanosti klienta při této technice se stimulovaly motorické funkce a souběžně docházelo ke zlepšování psychického stavu. U klientky se velmi významně proměnila její angažovanost nejen ve skupině, ale také v soukromém životě. Formy, jakými se zapojovala do života, nabývaly realistických podob a nároky kladené na sebe samu byly objektivnější. Stávala se otevřenější, sdílnější, její prožívání dosahovalo pozitivnějších aspektů. Dle průběžného pozorování a vzájemných rozhovorů bylo patrné, že pohybový projev byl závislý na pozitivním či negativním emočním ladění klientky.

Potřeba sounáležitosti se projevila na konkrétním případě, který sama klientka popisovala v rozhovorech, a který jasně signalizoval spojitost motorických a psychických funkcí.

Jednalo se o případ z doby, kdy Jana pečovala o svou dceru po těžké operaci a její novorozené dítě. Sama podle svých slov neměla čas myslet na své potíže a problémy. Práce v domácnosti a současné nadměrné psychické vypětí vedly k tomu, že Jana musela být hospitalizována v nemocnici pro celkový kolaps, totální ztuhlost končetin neschopných samostatného pohybu a infekci v pravé noze. Pobyt v nemocnici trval téměř měsíc. Po návratu byla patrná změna mluvy. Jana si stěžovala na špatnou motoriku mluvidel, obtížné vyjadřování a neschopnost správně artikulovat. Po propuštění bydlela Jana ještě další měsíc u své dcery, stav se pomalu zlepšil. Obklopená vnoučaty jakoby zapomínala na svou nemoc i na své strasti. Společnost blízkých ji těšil a pomáhal k zlepšení psychického stavu a současně i stavu fyzického. V tuto dobu již měla Jana stanovený individuální hudební program, ale ten pro své vytížení, v tomto období nedodržovala. Bylo zřejmé, že rodinné společenství, jí v tomto období přinášelo kladné emoční prožitky, a ty příznivě ovlivňovaly její rekonvalescenci.

Po návratu domů začala klientka pravidelně realizovat individuální domácí hudební činnosti dle stanoveného programu, efektivitu se snažila zmapovat v průběžných zápiscích, díky nimž si sama dokázala uvědomovat stoupající kvalitu a následné zlepšování projevů Parkinsonovy choroby, a to především příznaky rigidity a depresivních stavů.

V jedné z korespondencí píše: „...*moje dny se hodně podobají. Když si vzpomenu na CD, tak někdy se zdá, že to zabere a někdy mě tuhnou ruce, že nemám ani sílu si to pustit. U dcery to bylo fajn, ale byla jsem ráda, že jsem mohla v neděli odjet domů. Teď už jsem odpočínutá. Dva dny jsem nic nedělala, jenom se snažila trochu cvičit abych neztuhla. Už vím že musím*

*během dne odpočívát.“ K využívaným hudebním aktivitám píše: „...když jsem byla v nemocnici, používala jsem k uvolnění broukání. Ráno pod sprchou se jedna paní divila, jak je možné, mám po ránu tak dobrou náladu. Musela jsem jí vysvětlit, že je to jakási „muzikoterapie“. Dívala se divně, ale pak si zvykla.“*

Pro ilustraci nevyzpytatelnosti a záludnosti Parkinsonovy choroby, si autorka práce dovolila předložit ještě jednu citaci z následné korespondence s klientkou. Zároveň si autorka dovoluje na základě níže popsanych skutečností usuzovat o pozitivních zvolené hudební reedukace pro tuto konkrétní klientku. Paní Jana píše: *„...zdravím, chci Vám napsat, jak jsem strávila včerejší den. Vzbudila jsem se v 3.40, potřebovala jsem na toaletu. Zvládla jsem to přisunama. Vzala jsem si 1/2 Isicomu. Nezabral. Byla jsem špatná, hlavně to moje dýchání. Nešlo mi dýchat normálně. Dýchám hrozně zrychleně a nejde to zastavit. Zkusila jsem tedy CD country Garth Brooks-hity, pořád se mi líbí, už 14 let. Zabralo to, bylo ale po spaní. V 5.30 ranní dávka prášků, pak snídaně a přišlo na mě spaní. Zbytek dne mi opět nebylo dobře. Zkoušela jsem si hrát CD ABBU i country. Potřebovala jsem, aby se mi ulevilo.“*

Jana byla vždy očividně šťastná, pokud mohla být se svými blízkými. Bylo pozitivním zjištěním, že mezi své blízké postupně zařadila všechny členy skupiny. Našla mezi nimi přátele, se kterými trávila čas i mimo pravidelná setkání.

*„...chodíme spolu na logopedii i na cvičení, minule mi Diana přinesla nějaké CD, abych si to poslechla. Líbilo se mi. Byly to samé rychlé a moderní písničky, tak si je teď pouštím, když potřebuji rozhybat nohy. Začnu s podupy na místě, začnu si zpívat a nakonec to jde!“*

Paní Jana se učila zvládat fyzické či psychické stresory. Učila se vymezit si v každém dni čas pouze sama pro sebe. To obnášelo od ní samotné vymezit si jasně pravidla a hranice, za které již nelze jít. Její tělo i mysl potřebovaly rovnováhu a harmonii. Pokud by pracovala bez ohledu na své možnosti, její stav by se mohl opět zvrátit k horšímu. Potřebovala klid na své záliby, pravidelný režim, který jí poskytl dostatečnou možnost seberealizace a zároveň určité povinnosti vůči sobě. Paní Janě bylo třeba pomoci při hledání určitých kompromisů, díky nimž by bylo možno naplnit její potřeby.

Sama cítila, že hudební program, který si zvolila, je prospěšný pro její psychický i fyzický stav. Uvědomovala si kladné změny, které nastaly v motorice a její sebehodnocení nabývalo stále více pozitiv. Díky získaným informacím se naučila lépe chápat a rozumět vlastním projevům. Nalezený vnitřní soulad pozitivně ovlivňoval emoční, a tím i celkový zdravotní stav paní Jany.



Pro ilustraci zmiňovaného kladného efektu hudebních aktivit si autorka práce dovoluje přidat jednu citaci ze vzájemné korespondence, která je vypovídající exemplifikací o funkčnosti celého projektu. Klientka píše „...*mockrát děkuji za nová CD, stále si něco hraju. Někdy dokonce i v noci, to mi většinou nebývá dobře. Doktor zkouší nové léky, ale já dnes už vím, že i hudba mi zabírá. Jezdím často k dceři, ale snažím se nepřepínat. Potěším se s vnoučaty a jedu domů. Zvládám to sama!*“

## Závěr

Hudba má v životě člověka specifickou a velmi podstatnou úlohu. Každý člověk má s hudbou svoji vlastní zkušenost. Někoho hudba dokáže ovlivnit při jeho rozhodování, někdo při hudbě pracuje, jiný odpočívá. Hudba je jako neviditelné médium, připravené kdykoliv se přiblížit a nabídnout „své služby“. Prostřednictvím hudby lze vyjádřit to, co jinak nelze. Hudba dává průchod emocím, dokáže lidi spojit i rozdělit. Hudba vás „vezme“ na různá místa, „vrátí“ vám vzpomínky, „přinese“ radost i smutek. Její moc je nepopíratelná a jen stěží bychom našli všechny její možnosti a pozitiva. Jedním z podstatných aspektů, je její schopnost pomáhat lidem při uzdravování těla i psychiky.

Tuto funkci hudby se pokusili využít studenti ve spolupráci s týmem odborníků, při realizaci projektu, který si dal za cíl zkvalitnit život osob trpících Parkinsonovou chorobou a zmírnit tak jejich obtíže.

Je namístě vyzdvihnout hudbu, jako skutečný fenomén, který má nesporně své místo v oblasti péče o osoby se zdravotním postižením. Hudba a její nespočetné variace, svým působením pozitivně ovlivňují lidskou psychiku, a tím současně i somatický stav.

Projekt, kterého se zúčastnili studenti a osoby s Parkinsonovou chorobou, si již v počátku kladl za hlavní cíl, pomoci těmto osobám a pokusit se jim zkvalitnit život prostřednictvím hudebních aktivit. Z těchto předpokladů se vyvinula spolupráce, která byla přímo zacílená na poskytování opory klientům, k jejich povzbuzování k jistějším a efektivnějším posunům napříč onemocněním, které je velmi závažné a pro nemocného člověka silně limitující. Smyslem bylo povzbuzovat klienty, nabízet jim nové možnosti, podporovat je v jejich vlastních aktivitách a zároveň jim stanovit hranice a jistý řád.

Díky hudbě a hudebním prezentacím se pro mnohé zúčastněné otevřela nová forma seberealizace. Klienti získávali nové zkušenosti, zážitky a také společnost lidí ochotných naslouchat a pomáhat. Každý z nich se své role ve skupině zhostil „po svém“, ale vždy

s ochotou a nasazením. Skupina představovala pro klienty i studenty důvěrný sociální prostor, otevřený jakýmkoliv potřebám a pocitům. Skupina se začala seberegulovat a v závěru spolupráce pracovala jednotně, jako celistvý tým lidí, které spojoval boj s nemocí, ale také jistá koheze, vytvořená v průběhu spolupráce. Lidé se ve skupině cítili dobře, rozporuplné situace a problémy dokázali společně překonávat, submisivněji ladění klienti se začali více prosazovat a nabývat vyššího sebevědomí. Všichni klienti při společných rozhovorech se studenty shodně přiznávali, že společná setkání jim přináší uspokojení a postupně popisovali také zlepšování motorických funkcí a zvládání vlastních životních situací. Získávaná sebedůvěra jim pomáhala kvalitněji prožívat vlastní životní epizody. Vlivem hudebních aktivit a psychosociální podpory se klienti stávali více asertivní, vzájemně empatictí a samostatní. Jejich postoje a názory nabývaly na kvalitě, byli schopni veřejně sdělovat své názory, a ty také obhájit.

Veškeré výše popsané aspekty hudebního působení byly studenty zhodnoceny jako velmi přesvědčivé a jasně vypovídající důkazy o tom, že zvolené metody, ve spojitosti s psychosociálním podpůrným působením skupiny, byly voleny správně, za účasti maximální citlivosti a empatie k individualitám jednotlivých klientů.

Autorka práce, si díky získaným kompetencím v oblasti péče o osoby se zdravotním postižením, mohla vyzkoušet v praxi aplikaci teoretických východisek a zároveň si tím rozšiřovala své vědomosti a dovednosti v oboru speciální pedagogiky.

### **Navrhovaná opatření**

Autorka práce získávala v průběhu deseti měsíců spolupráce s osobami trpícími Parkinsonovou chorobou mnoho nových zkušeností a poznatků. Ty byly využity pro cílený způsob zkvalitňování života těchto osob prostřednictvím hudebních aktivit a psychosociální podpory. Na základě nabytých dovedností bylo možné zodpovědět otázky, které byly součástí empirického šetření. V počátcích spolupráce nebyly odpovědi na tyto otázky známy, ale po ukončení a vyhodnocení vzájemných pozorování, rozhovorů, hudebních aktivit a projevů klientů, lze otázky nejen objektivně zodpovědět, ale také je lze považovat za navrhovaná opatření pro podobně tvořené projekty.

- Povahu hudebních úkolů pro nemocné s Parkinsonovou chorobou není možné unifikovat.

- Každý klient s Parkinsonovou chorobou musí mít své vlastní hudební aktivity.
- Někteří klienti jsou samostatní v plnění individuálních hudebních aktivit, jiní potřebují větší podporu svého doprovodného studenta. Někteří klienti vykazují v samostatnosti značné výkyvy. Z toho důvodu je průběžná podpora a kontrola nezbytná.
- Hudební aktivity mohou zlepšovat motorické funkce klientů, ti jsou následně schopni vlastní sebereflexe a účasti na modifikaci hudebních aktivit.
- Pozitivní životní události klienty motivují a posilují, negativní životní události znesnadňují nejen práci při hudebních aktivitách, ale zhoršují celkové prožívání, a tím i somatický stav klientů.
- Klienti sdílejí ve skupině své pozitivní i negativní životní prožitky, emoční podpora skupiny tím nabývá pozitivních aspektů.
- Poskytnutá psychosociální podpora má zásadní vliv na zkvalitňování vzájemného vztahu mezi klienty a studenty a odráží se ve zlepšené kvalitě života osob s Parkinsonovou chorobou.

Při realizaci projektu s takovým zaměřením je nutné věnovat pozornost veškerým indiciím, které se v průběhu objeví. Mohou se z nich vytvořit zajímavé momenty, které budou mít vliv na kvalitu práce všech zúčastněných stran.

Jistě by bylo vhodné v této souvislosti zmínit skutečnost, že práce, jenž využívá hudební aktivity u lidí stížených Parkinsonovou chorobou, by měla být zřejmě zakotvena organizačně a ochráněna institucionalizací a zázemím. Tito klienti jsou nyní postaveni před skutečnost, že práce byla ukončena a přestože jsou se studenty stále v kontaktu, další aktivity si v současné době organizují a tvoří sami.

Lidem s postižením je nutné nabízet co nejširší spektrum možností, které jim pomohou v zapojení do společnosti v nejvyšší možné míře. Je nezbytně nutné dodávat těmto lidem sebevědomí prostřednictvím takových metod, které oni sami akceptují, a které jim jsou příjemné. Pouze s maximálním využitím jejich potenciálu, s využitím adekvátních metod a prostředků lze dosahovat pozitivních výsledků, které se poté promítnou do života osob s postižením jako kladný element, pomáhající zkvalitňovat život těchto osob.

## Seznam použitých zdrojů

CAMPBELL, Don, 2008. *Mozartův efekt*. Praha: Eminent. ISBN 978-80-7281-336-0.

ČAPKOVÁ, Ludmila, 2010. Rytmus a pohyb. *Parkinson* [on line]. roč. 2010, č. 32, s. 8, [vid. 20. 2. 2012]. ISSN 1212-0186. Dostupné z: [http://parkinson-cz.net/ostatni/casopis/Cisla\\_31-0/Parkinson\\_32-10.pdf](http://parkinson-cz.net/ostatni/casopis/Cisla_31-0/Parkinson_32-10.pdf).

FRANĚK, Marek, 2005. *Hudební psychologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 80-246-0965-7.

HALPERN, Steven, LINGERMAN, Hal, 2005. *Muzikoterapie, léčivá síla hudby*. 1. vyd. Bratislava: Eko-konzult. ISBN 80-8079-044-2.

HALOVÁ, Miroslava, 2007. *Nemocný v domácí péči 1*. Javorník: Halová Miroslava – MAJ.ZJ. ISBN 80-239-7316-9.

KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana a kol., 2009. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2846-9.

LINKA, Arne, 1997. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria. ISBN 80-901834-4-1.

MAREK, Vlastimil, 2000. *Tajné dějiny hudby*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-037-5.

MICHALOVÁ, Zdeňka, 2006. *Speciální pedagogika 1. díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-109-0.

MORENO, Joseph, J., 2005. *Rozehrát svou vnitřní hudbu, muzikoterapie a psychodrama*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-980-1.

NOVOSAD, Libor, 2002. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky – somatopedie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-563-X.

PAVLÍKOVÁ, Lucie. *Jak cvičit u Parkinsonovy nemoci*. 1. vyd. Praha: Vltavín, 2005. ISBN 80-86587-11-8.

- PEJŘIMOVSKÁ, Jitka, ZELENIOVÁ, Jaroslava, 2011. *Dimenzie muzikoterapie*. 1. Vyd. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavské univerzity v Trnavě. ISBN 978-80-8082-331-3.
- PEŠATOVÁ, Ilona, TOMICKÁ, Václava, 2007. *Úvod do integrativní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-268-5.
- PIPEKOVÁ, Jarmila, VÍTKOVÁ, Marie a kol., 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozšířené vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-010-7.
- POLEDŇÁK, Ivan, 1984. *Stručný slovník hudební psychologie*. 1. vyd. Praha: Supraphon.
- RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kol., 2003. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0646-2.
- ROGERS, Carl Ransom, 2003. Teorie „já“. In: DRAPELA, Viktor. *Přehled teorií osobností*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-766-3.
- ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela, RŮŽIČKA, Evžen a kol., 1999. *Parkinsonova nemoc*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf s.r.o. ISBN 80-85800-63-2.
- ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela, RŮŽIČKA, Evžen a kol., 2009. *Parkinsonova nemoc*. 4. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Maxdorf s.r.o. ISBN 978-80-7345-178-3.
- RŮŽIČKA, Evžen, ROTH, Jan, 1998. *Parkinsonova nemoc, diagnostický a léčebný standard*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-19-0.
- RŮŽIČKA, Evžen, ROTH, Jan, KAŇOVSKÝ, Petr a kol., 2000. *Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy, extrapyramidová onemocnění I*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-048-7.
- SCHWARZ, Shelley, Peterman, 2008. *Parkinsonova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2321-1.
- SKOPAL, Jiří, VÁŇOVÁ, Hana, 2007. *Metodologie a logika výzkumu v hudební pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-246-1367-3.
- SOVÁK, Miloš, 1986. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. SPN 06-40-13/6.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika předškolního věku*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-213-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Základy obecné psychologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-283-8.

ZELEIOVÁ, Jaroslava, 2007. *Muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-237-9.